



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2025-2027

Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana

L'Azienda che ha a cuore i cittadini del territorio



SOMMARIO

SOMMARIO	2
INTRODUZIONE	3
SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE	4
PREMESSA	4
IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE	5
L'ASSISTENZA OSPEDALIERA	10
L'ASSISTENZA SPECIALISTICA	14
L'ASSISTENZA DISTRETTUALE	17
L'ASSISTENZA PRIMARIA	22
IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	23
VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	25
VISION E MISSION AZIENDALE	25
PROGRAMMAZIONE, OBIETTIVI E VALUTAZIONE	26
PERFORMANCE	33
<i>Obiettivo strategico 1- Aumentare la sostenibilità nell'uso delle risorse</i>	34
<i>Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino</i>	35
<i>Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi</i>	36
<i>Obiettivo strategico 4 – Umanizzazione delle cure</i>	39
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	41
<i>Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione</i>	41
<i>La gestione dei rischi di corruzione</i>	44
<i>Misure generali per la prevenzione del rischio di corruzione</i>	47
<i>La trasparenza</i>	56
<i>Monitoraggio e riesame della sezione rischi corruttivi e trasparenza</i>	57
<i>Rendicontazione e diffusione</i>	58
ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	60
STRUTTURA ORGANIZZATIVA	62
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	63
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	67
PIANO FORMATIVO AZIENDALE	77
PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	79
MONITORAGGIO	81
ELENCO DEGLI ALLEGATI	85
ALLEGATO 1 - MAPPATURA DEI PROCESSI E REGISTRI DEI RISCHI	85
ALLEGATO 2 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA - OBIETTIVI E INDICATORI	85
ALLEGATO 3 - OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	85
ALLEGATO 4 - PIANO DEI FABBISOGNI	85

INTRODUZIONE

Caro Cittadino,

il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è lo strumento di programmazione e governance introdotto dalla legge allo scopo di semplificare e rendere più efficienti le attività degli enti pubblici in materia di pianificazione, gestione delle risorse umane, misurazione della performance e prevenzione della corruzione. Il Piano integrato di attività e organizzazione illustra gli obiettivi e le strategie che l'Azienda ULSS 2 intende perseguire nel prossimo triennio per realizzare la sua missione istituzionale, ovvero ottenere il più alto livello possibile di salute, sia dal punto di vista del singolo individuo, sia dell'intera collettività di riferimento.

Si tratta di una sfida che, purtroppo, diventa di anno in anno sempre più impegnativa e che riguarda ampi ambiti d'azione: dall'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria nel rispetto dei LEA alla prevenzione della salute, dall'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza al rispetto dell'appropriatezza prescrittiva. Contiamo di avvicinarci a questi traguardi affiancando alla professionalità e al senso del dovere di tutto il nostro personale (medici, infermieri, tecnici, amministrativi e i moltissimi altri collaboratori che lavorano nell'Azienda) ogni necessario intervento in ordine alla revisione delle attività aziendali, alla semplificazione delle procedure, alla reingegnerizzazione e al monitoraggio dei processi.

Lo sforzo massimo che compiamo ogni giorno è finalizzato a garantire ad ognuno prestazioni d'eccellenza e tempi rapidi di accesso alle cure ma non solo: il nostro operato è finalizzato a far sentire il cittadino prima di tutto accolto, far capire quanto l'Azienda non si faccia *solo* carico del suo problema di salute ma della persona nella globalità. *"Abbiamo a cuore il cittadino"* non è uno slogan: è un modo di sottolineare l'importanza data alla relazione con ogni singolo cittadino del nostro territorio, l'intenzione di prendersene carico e la volontà di accompagnarlo nel suo percorso di cura.

Francesco Benazzi
Direttore Generale Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana



SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE

In questa sezione si riporta una descrizione dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, quale Azienda che fa riferimento a un determinato territorio e risponde ai bisogni sanitari della popolazione ivi residente. Inoltre, si illustrano gli ambiti di attività dell'azienda, dall'assistenza ospedaliera a quella specialistica, affiancate dall'assistenza distrettuale e quella primaria, senza dimenticare l'attività di prevenzione quale elemento caratterizzante di un'azienda sanitaria territoriale.

Premessa

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana nasce a seguito della ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS della Regione del Veneto per effetto della Legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016. A decorrere dal 1° gennaio 2017 l'ULSS n. 9 Treviso ha infatti modificato la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana", mantenendo la propria sede legale a Treviso e incorporando le sopprese ULSS n. 7 Pieve di Soligo e ULSS n. 8 Asolo. Per effetto dell'incorporazione la relativa estensione territoriale corrisponde a quella della circoscrizione della Provincia di Treviso.

La sede legale dell'Azienda è in Treviso, via Sant'Ambrogio di Fiera n. 37. La ricezione della posta elettronica certificata (PEC) aziendale è assicurata dalla casella: protocollo.aulss2@pecveneto.it.

SCHEDA ANAGRAFICA	
Sede legale:	Via S. Ambrogio di Fiera n.37 - Treviso
Codice Fiscale:	03084880263
Data di costituzione:	25 ottobre 2016
PEC:	protocollo.aulss2@pecveneto.it
Sito Web:	www.aulss2.veneto.it
Direttore Generale:	Benazzi Francesco

Il territorio e la popolazione

L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana si estende su un territorio di 2.479 km² e comprende 94 comuni con una popolazione al 01.01.2024 pari a 879.388 abitanti, di cui 89.698 residenti stranieri registrati alle anagrafi comunali. A livello territoriale è articolata su 4 Distretti socio-sanitari: Distretto Treviso Nord, Distretto Treviso Sud, Distretto Pieve di Soligo e Distretto Asolo.



Densità abitativa (residenti/kmq)

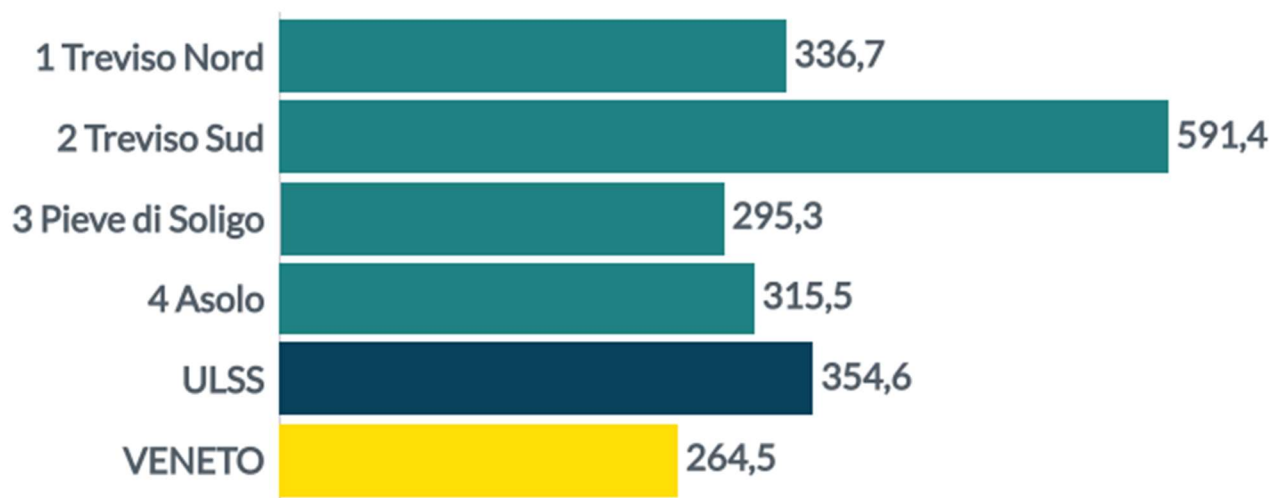


Grafico 1.1.1 Densità abitativa per distretto; densità abitativa aziendale e regionale. Fonte dati: DWH regionale

Come evidenziato nel grafico il Distretto di Treviso Sud risulta essere quello maggiormente popolato (591,4 abitanti per km²) ampiamente sopra la densità media regionale (264,5 abitanti per km²). Ulteriori indicatori utilizzati per mappare e definire statisticamente la popolazione sono gli indici di vecchiaia e gli indici di natalità.

Indice di vecchiaia

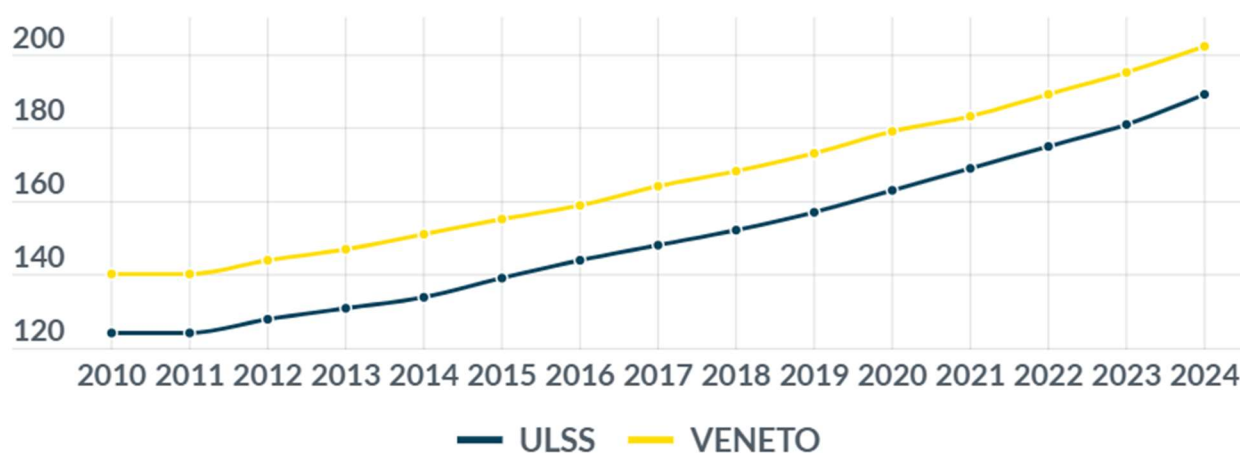


Grafico 1.1.2 Indice di vecchiaia. Fonte dati: DWH regionale

Indice di natalità

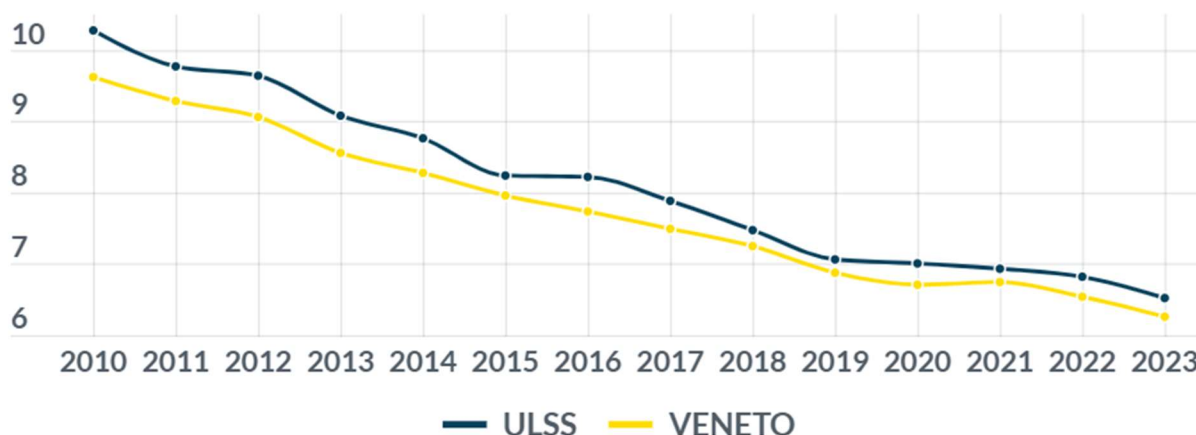


Grafico 1.1.3 indice di natalità. Fonte dati: DWH regionale

Come si evidenzia nel Grafico 1.1.2 la proporzione di popolazione over 65 anni sulla popolazione totale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana presenta un trend in costante crescita, attestandosi però su valori inferiori a quelli regionali. Il dato aziendale è di 189,9 contro una media regionale di 202,9. Parallelamente all'aumento del numero di anziani si evidenzia un andamento decrescente della natalità (il rapporto tra i nuovi nati e la popolazione residente) in linea con un trend già evidente a livello nazionale: l'indice nel 2023 si attesta su un valore di 6,5 (valore regionale 6,3).

In aggiunta, viene riportata la piramide dell'età: da essa emerge come la fascia anagrafica maggiormente rappresentante, per ambo i sessi, sia quella 50-59 anni; unitamente questi individui rappresentano il 16,87% della popolazione residente. Dall'analisi organica di questi dati si deduce come l'indice di vecchiaia tenderà ad aumentare negli anni a venire in contrasto con un trend di denatalità che non sembra invertire.

Popolazione residente, per sesso e classi di età

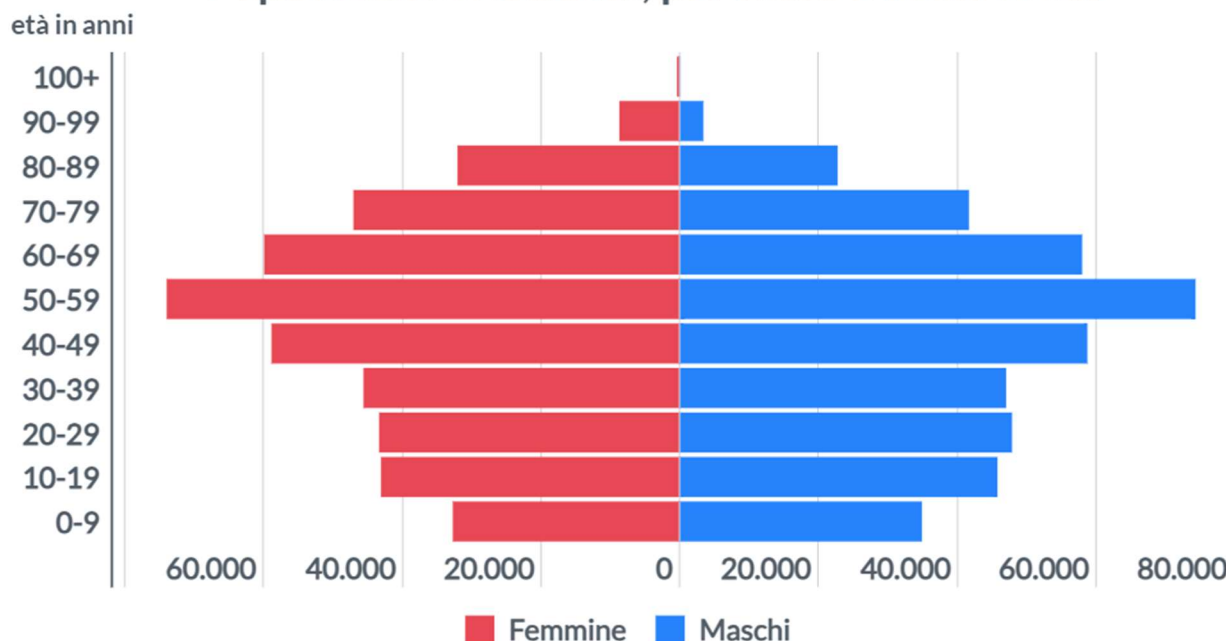


Grafico 1.1.4 Piramide dell'età. Fonte dati: DWH regionale

Ponendo l'attenzione sulla nazionalità e la provenienza della popolazione residente di origine straniera emerge che la macro area maggiormente rappresentata, escludendo il continente europeo, è l'Asia Orientale con circa l'10,9%. A livello complessivo d'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana la percentuale di stranieri sul totale della popolazione residente si attesta all'10,2% a dispetto di una media regionale del 10,3%.

Distribuzione della popolazione straniera, per area d'origine

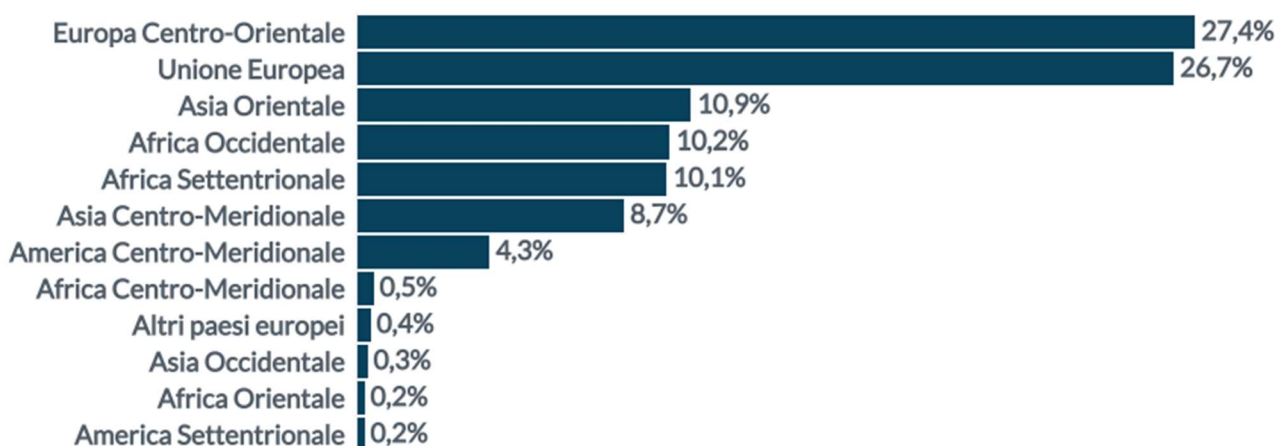


Grafico 1.1.5 Provenienza stranieri per macroregione. Fonte dati: DWH regionale

L'allungamento della vita media evidenziato nelle statistiche precedentemente riportate è accompagnato da un aumento della prevalenza di molte patologie croniche correlate all'età avanzata e quindi da un peso sempre maggiore della multimorbidità. Dai dati relativi alle 10 patologie per cui si rilascia il più alto numero di esenzioni si evidenzia che ipertensione, malattie cardiache e polmonari, e neoplasie sono tra le patologie più frequenti.

Esenzioni attive per patologia (le 10 più frequenti)

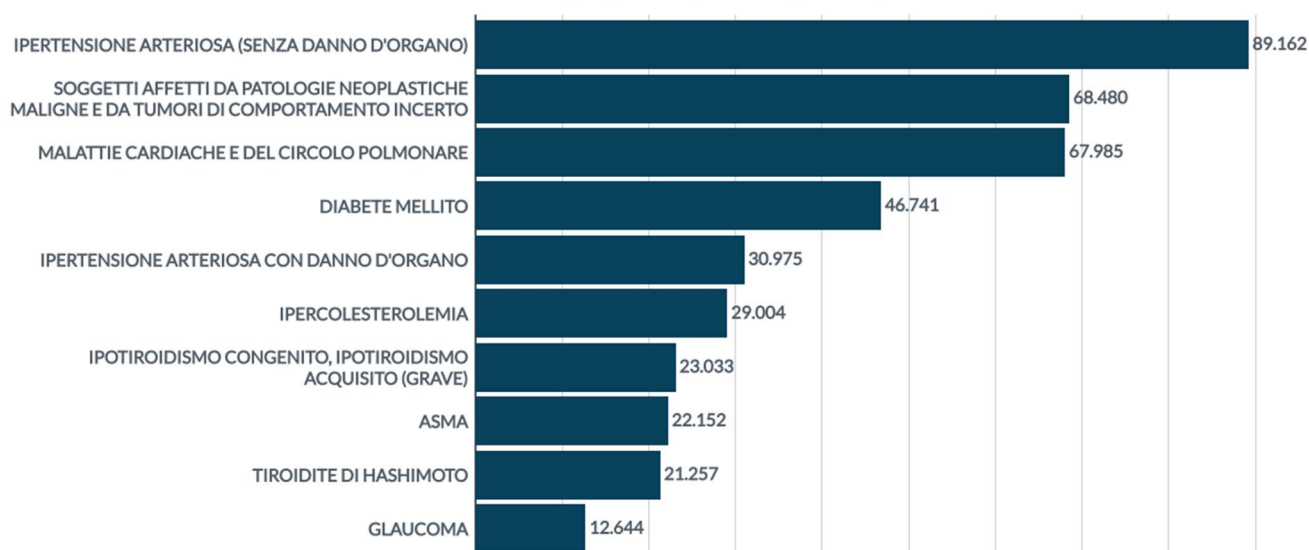


Grafico 1.1.6 Esenzioni per patologia (anno 2024). Fonte dati: DWH regionale

I dati sulla mortalità, riferiti al 2023 (dato definitivo), confermano l'incidenza di determinate patologie sulla mortalità dei residenti: i disturbi del sistema circolatorio e le neoplasie rappresentano la principale causa di morte (su un totale di 8.630 decessi).

Pazienti deceduti, per macrocausa di decesso

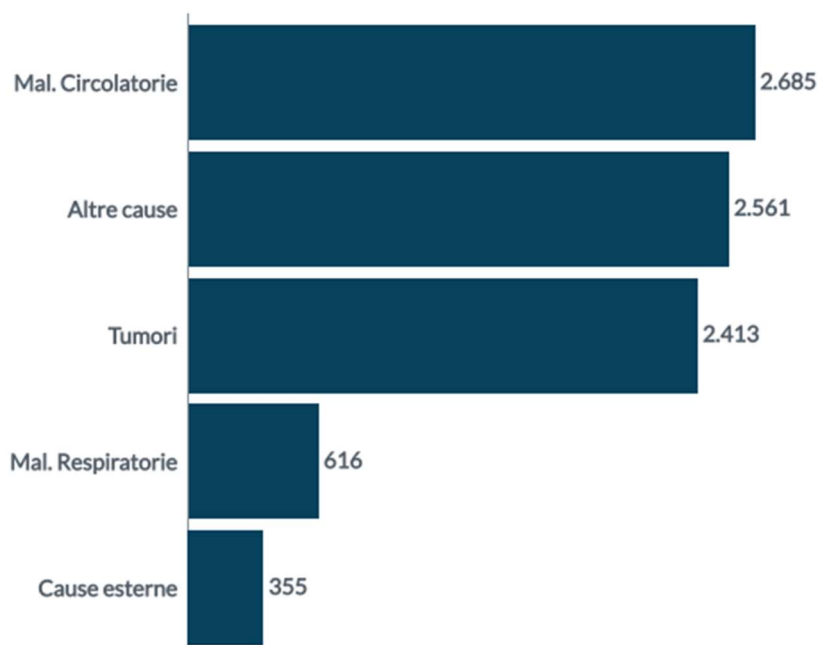


Grafico 1.1.7 Macrocausa di morte. Fonte dati: DWH regionale

Pazienti deceduti, per alcune cause specifiche di decesso

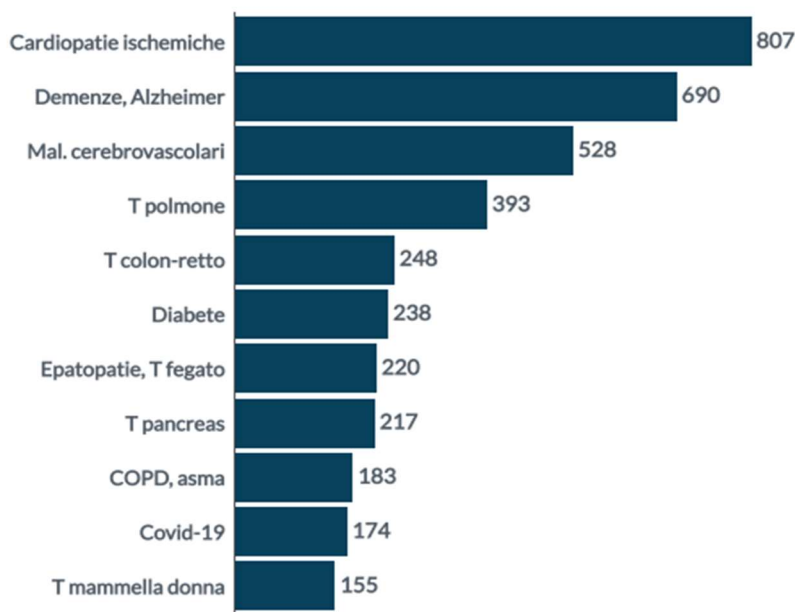


Grafico 1.1.8 Cause specifiche di decesso. Fonte dati: DWH regionale

L'assistenza ospedaliera

L'Azienda eroga l'assistenza ospedaliera attraverso una rete di strutture proprie e private accreditate. L'erogazione di prestazioni da parte di strutture private con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale è disciplinata dall'accreditamento istituzionale e dall'accordo contrattuale, in attuazione della programmazione socio sanitaria regionale e attuativa locale.

Sul versante dell'assistenza ospedaliera, la Giunta Regionale con la deliberazione n. 614 del 14 maggio 2019, nel rispetto dei principi delineati nel Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023, ha approvato le schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie di tutti gli Enti, pubblici e privati accreditati, del Servizio Sanitario Regionale. Conseguentemente l'Azienda ha predisposto il proprio piano aziendale di adeguamento della dotazione assistenziale, che è stato approvato con la DGRV n. 69 del 21 Gennaio 2020. La tabella che segue riepiloga le strutture ospedaliere previste dalla programmazione regionale per l'esercizio della funzione ospedaliera nel territorio dell'Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana.

Strutture ospedaliere	
Ospedali per acuti	6 ospedali pubblici: 1 ospedale HUB provinciale: Treviso 1 ospedale nodo di rete: Oderzo 4 ospedali Spoke: Conegliano, Vittorio Veneto, Castelfranco Veneto e Montebelluna
	2 ospedali privati accreditati: - C.C. Giovanni XXIII - O.CL. San Camillo
Poli Riabilitativi	1 struttura riabilitativa monospecialistica: Ospedale Motta di Livenza 1 struttura riabilitativa monospecialistica IRCSS: "Medea" Istituto La Nostra Famiglia: sede di Conegliano e sede di Pieve di Soligo 1 struttura monospecialistica di riabilitazione Psichiatrica: C.C. Park Villa Napoleon

1.2.1 Ricoveri

**RICOVERI
OSPEDALIERI**
Anno 2024

98.258

Distribuzione dei ricoveri, per tipologia di struttura
Anno 2024

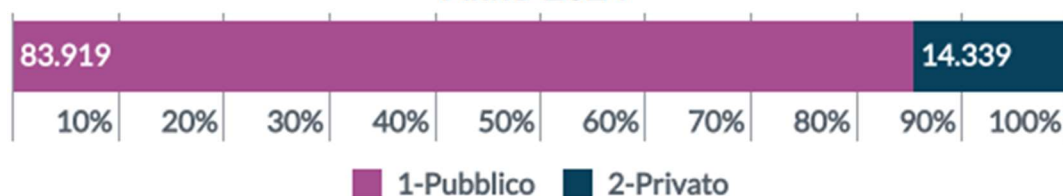


Grafico 1.2.1 Ricoveri totali anno 2024 (1.12.2023-30.11.2024) e distribuzione per tipologia di struttura. Fonte dati: DWH regionale

Numero di ricoveri, per anno e ospedale di ricovero

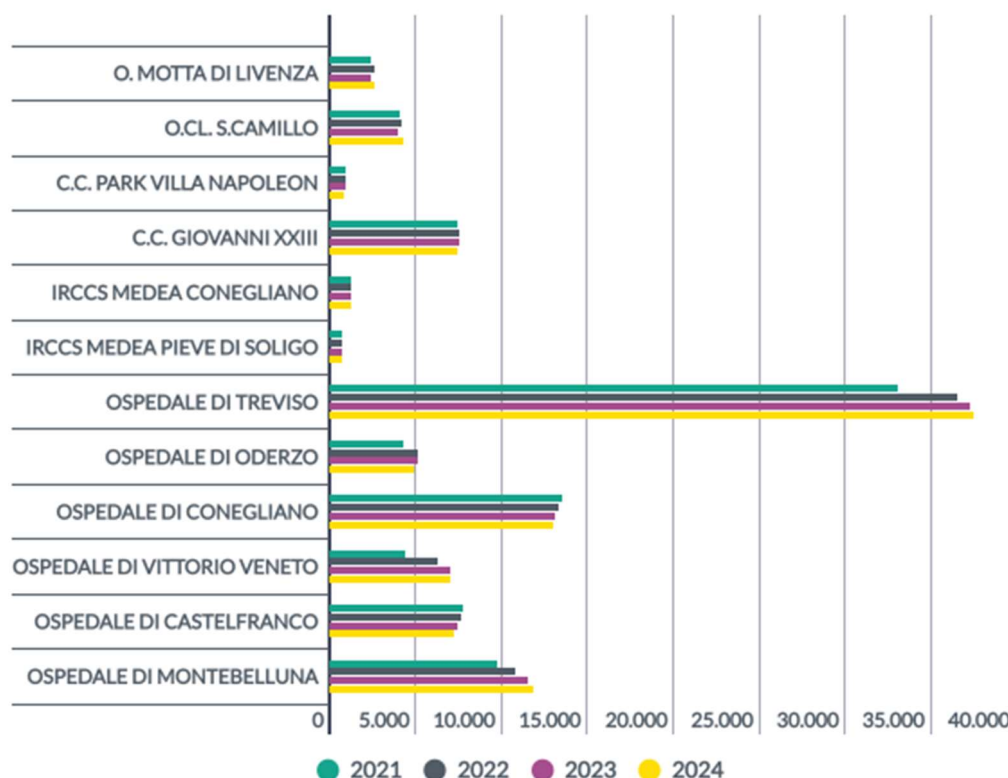


Grafico 1.2.2 Ricoveri per anno dal 2021 al 2024 e per struttura. Fonte dati: DWH regionale

Distribuzione dei ricoveri, per ospedale e area Anno 2024

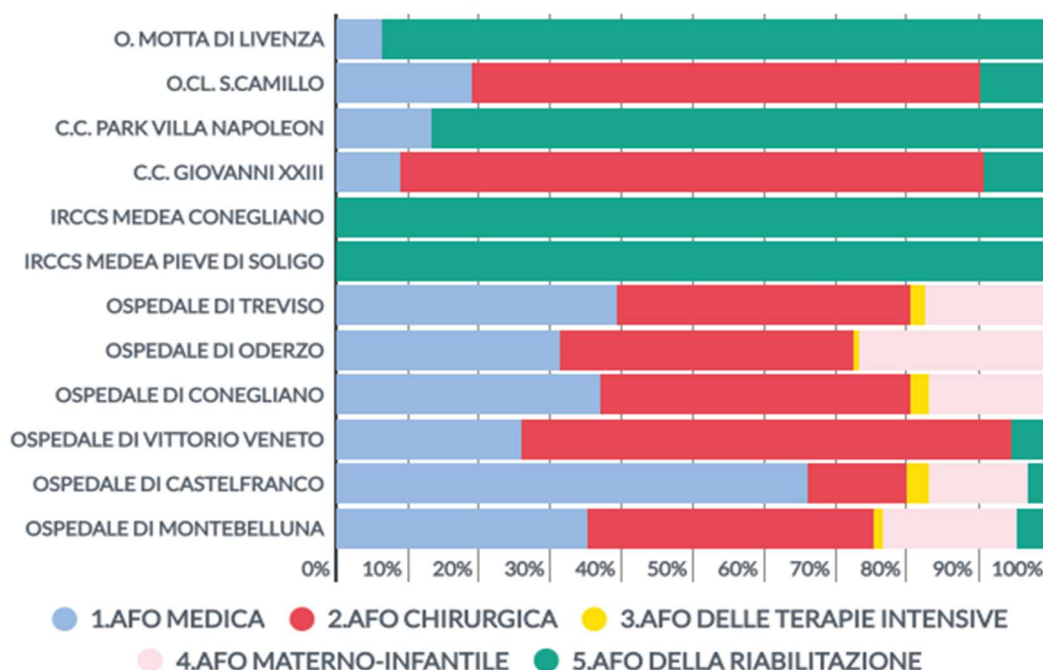


Grafico 1.2.3 Ricoveri per struttura e per area specialistica. Fonte dati: DWH regionale

L'Azienda Ulss n.2 Marca Trevigiana ha erogato circa 98.300 ricoveri nel 2024, un volume in linea rispetto al biennio trascorso. L'Ospedale Hub di Treviso mantiene il trend in crescita, rilevato l'anno scorso, con oltre 37.000 ricoveri nel 2024, seguito dagli Ospedali di Conegliano e Montebelluna. La presenza del Privato-accreditato nel territorio aziendale si conferma forte (14,6% nel 2024), superiore ad una media regionale di erogazione pari al 4,7% (nel 2023).

1.2.2 Pronto Soccorso

L'Ospedale garantisce assistenza, ricovero e prestazioni in regime di urgenza ed emergenza 24 ore su 24 attraverso i Servizi di Pronto Soccorso. Gli accessi complessivi ai servizi di P.S. nel 2024 sono stati 298.156.

Numero di accessi, per anno e struttura

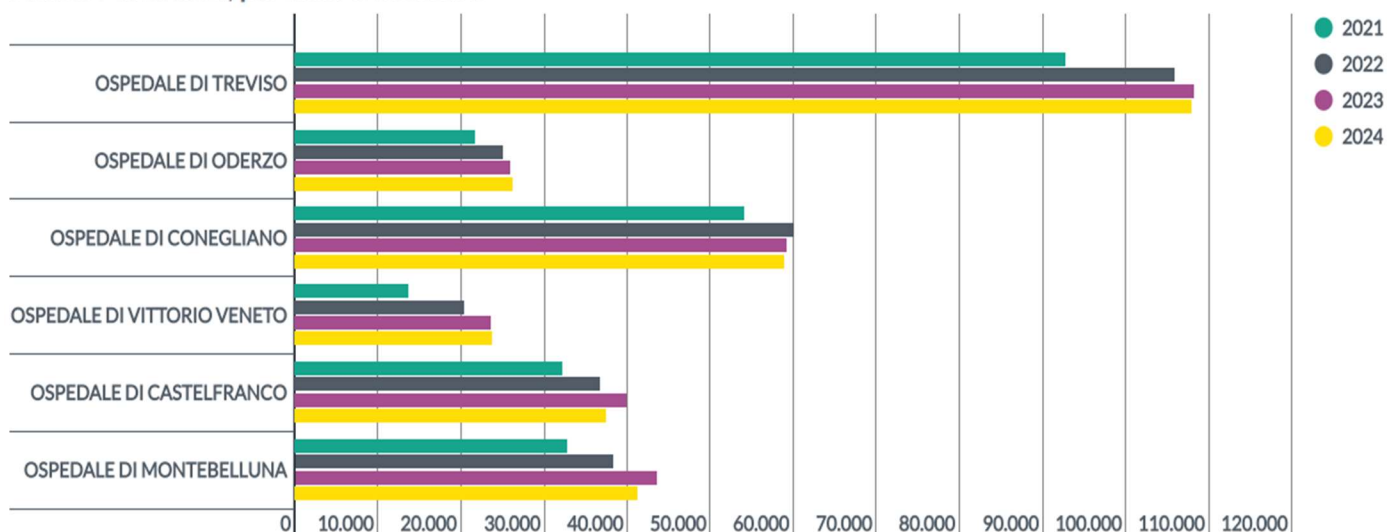


Grafico 1.2.4 Accessi Pronto Soccorso. Fonte: DWH regionali

Distribuzione degli accessi, per triage di accesso Anno 2024

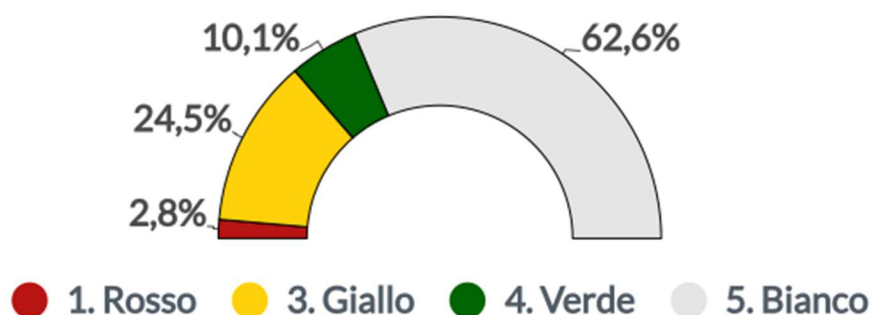


Grafico 1.2.5 Accessi Pronto Soccorso per triage. Fonte: DWH regionali

Il numero d'accessi ai Pronto Soccorsi è stabile rispetto al 2023 tranne per gli Ospedali di Castelfranco Veneto e Montebelluna che registrano una netta diminuzione.

1.2.3 Interventi Chirurgici

Distribuzione degli interventi, per ospedale e anno di ricovero

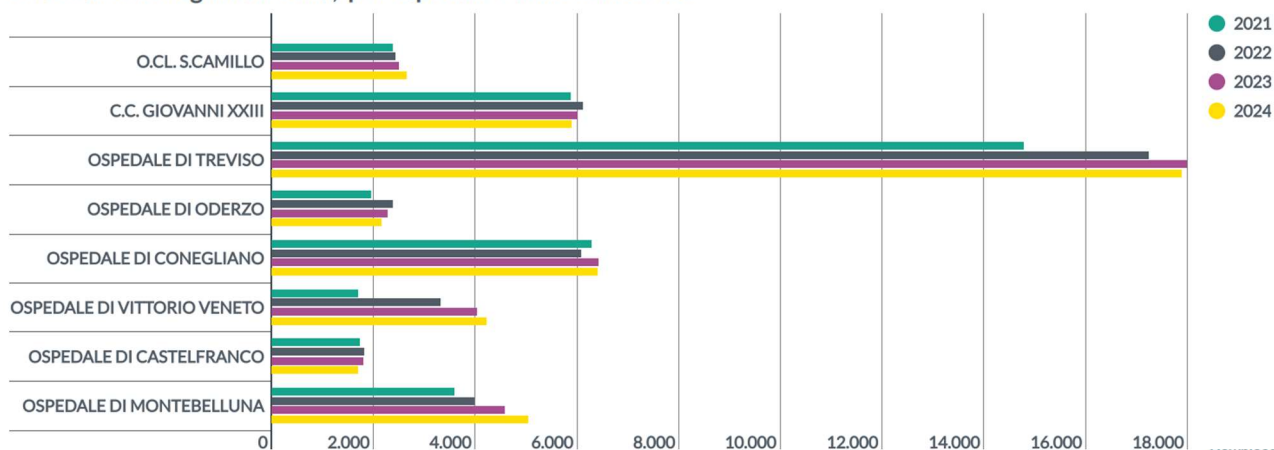


Grafico 1.2.6 Numero d'interventi chirurgici per struttura e per anno. Fonte: DWH regionali

Distribuzione degli interventi, per tipologia di struttura Anno 2024

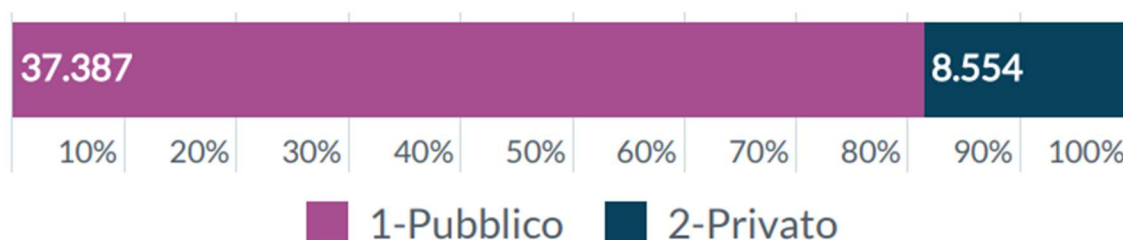


Grafico 1.2.7 Interventi per tipologia struttura. Fonte dati: DWH regionale

L'Ospedale Hub di Treviso si conferma il presidio maggiormente attivo con circa 18.000 interventi, su un totale (ultimo dato disponibile 2024) di 45.914, in linea con l'anno precedente.

L'assistenza specialistica

Nell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana le prestazioni ambulatoriali dei LEA sono erogate da poliambulatori ospedalieri e territoriali e dalle strutture private accreditate. I poliambulatori comprendono molteplici sedi operative distribuite su tutto il territorio aziendale; in tali sedi vengono erogate prestazioni nell'ambito di 14 branche specialistiche. L'attività dei medici specialisti è garantita anche esternamente presso alcune strutture residenziali pubbliche e private, la Casa Circondariale e, in casi selezionati, a domicilio del paziente.

Distribuzione delle visite specialistiche ambulatoriali, per anno di erogazione e macrobranca

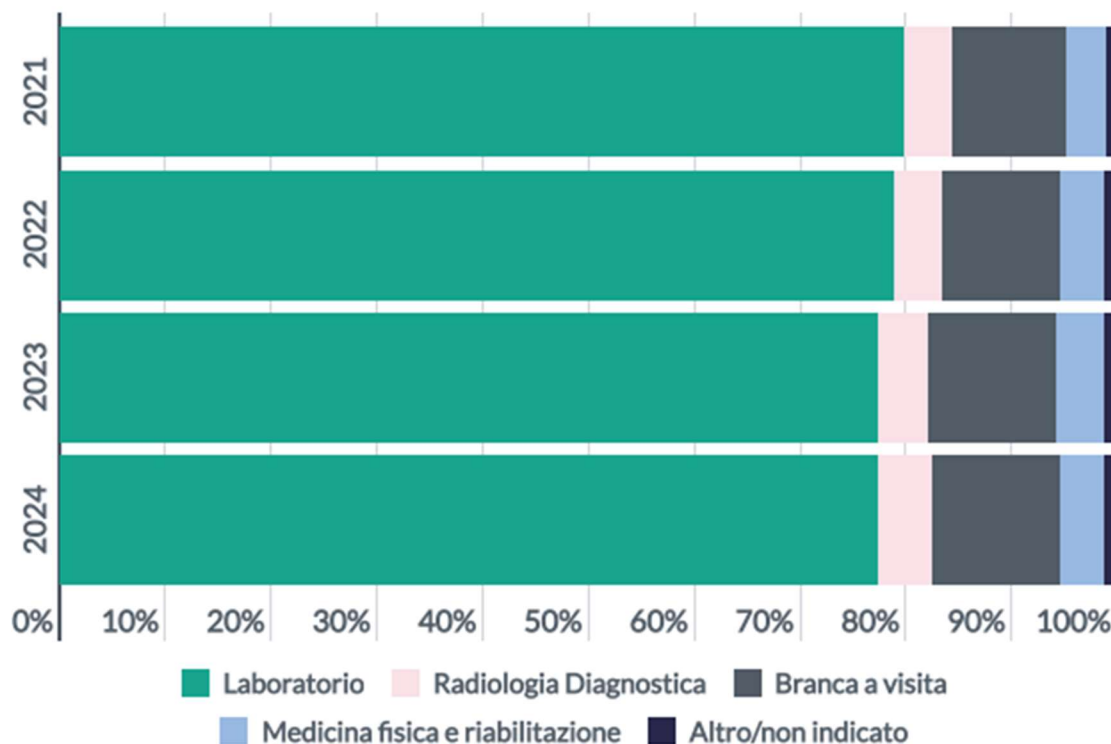


Grafico 1.3.1 Prestazioni per anno e per macro-branca. Fonte dati: DWH regionale

Le prestazioni maggiormente erogate sono quelle di laboratorio con oltre 9 milioni di prestazioni; il 2024 mantiene un trend in linea con l'anno precedente dove si era già riscontrata una lieve diminuzione delle prestazioni di laboratorio bilanciata da un aumento delle prestazioni delle branche a visita e radiologiche.

Numero di visite specialistiche ambulatoriali, per anno (escluso laboratorio)

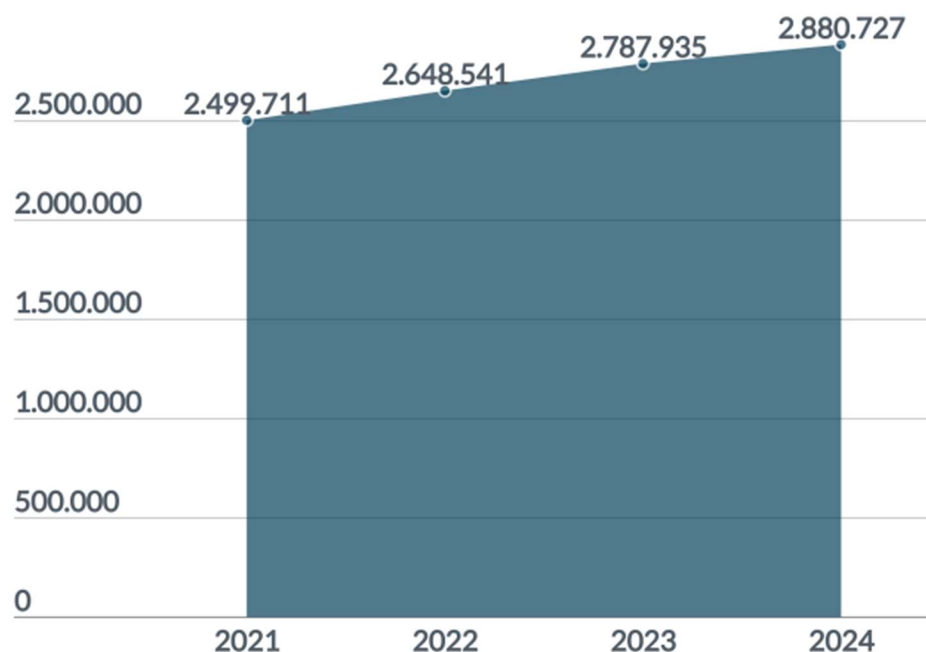


Grafico 1.3.2 Numero di prestazioni specialistiche erogate per anno. Fonte dati: DWH regionale

Distribuzione delle visite specialistiche ambulatoriali, per tipologia di struttura di erogazione

Anno 2024

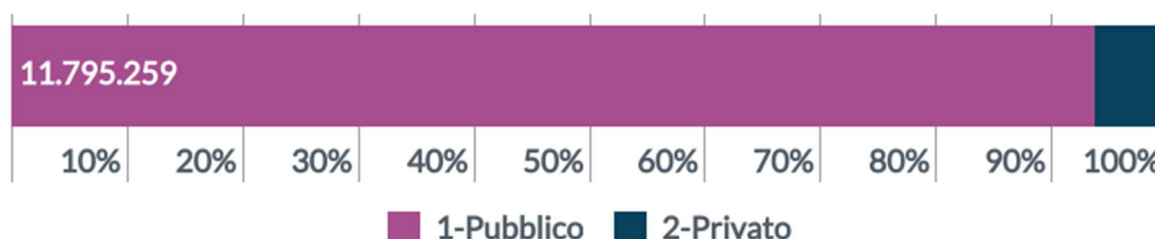


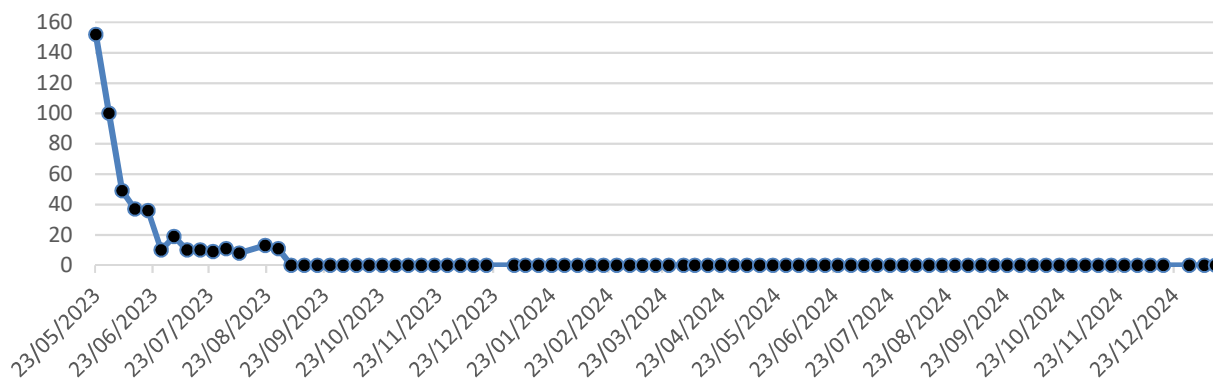
Grafico 1.3.3 Prestazioni per tipologia. Fonte dati: DWH regionale

Complessivamente l'Azienda ha erogato oltre 2.800.00 prestazioni (escluso laboratorio) con un aumento percentuale del 6,7% sul 2022 e del 13,1% sul 2021.

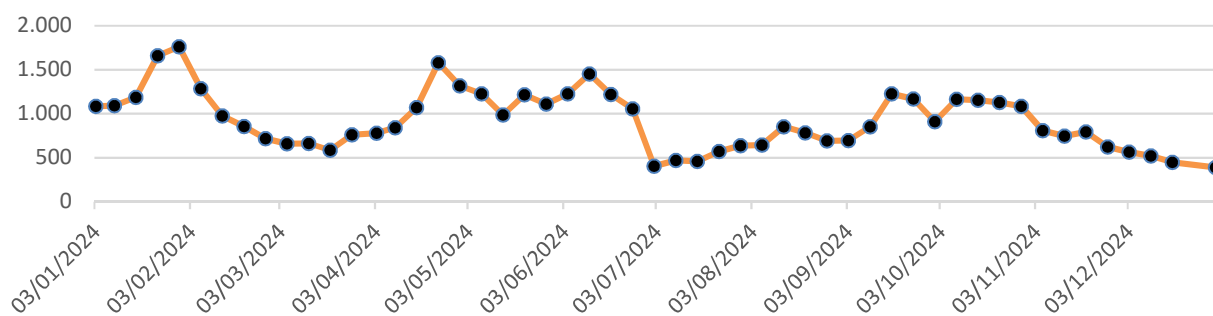
Di seguito vengono riportati i risultati, a cadenza settimanale e dal momento della rilevazione, conseguiti nell'attività di diminuzione delle prestazioni in pre appuntamento con priorità B e conseguente efficientamento.

mento dell'attività aziendale. L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana ha raggiunto ampiamente anche i target d'abbattimento delle prestazioni in pre appuntamento traccianti con classe D e P, e non traccianti, obiettivi che erano stati posti per il 31/12/2024 rispettivamente a 400, 3.500 e 10.000 prestazioni.

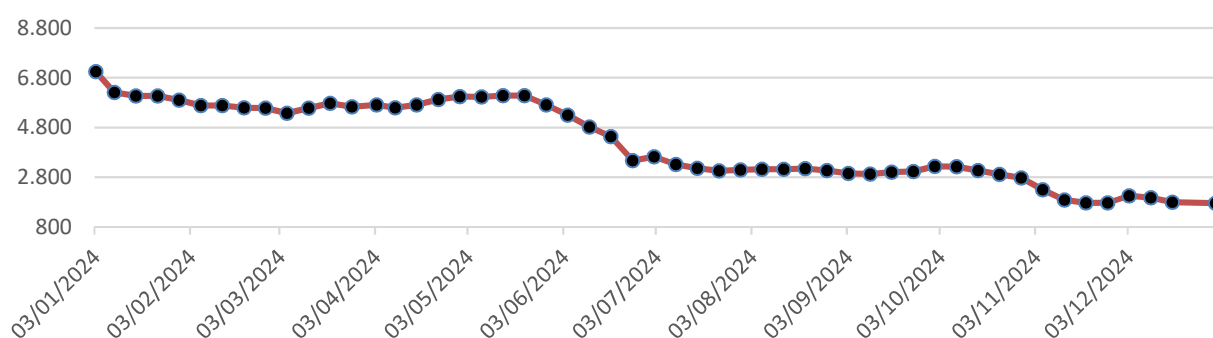
CLASSE B (75 traccianti)



CLASSE D (75 traccianti)



CLASSE P (75 traccianti)



L'assistenza distrettuale

L'assistenza distrettuale socio-sanitaria comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale. Viene garantita in Azienda dai Distretti Socio sanitari con le funzioni fondamentali di rilevare i bisogni di salute e fornire servizi a gestione diretta e indiretta per soddisfarli.

Strutture territoriali

L'azienda è impegnata nello sviluppo dell'integrazione tra ospedale e territorio ed opera attraverso una rete capillare di strutture.

Servizi sanitari e socio sanitari nel territorio	
Distretti	Distretto 1 - Treviso Nord Distretto 2 - Treviso Sud Distretto 3 - Pieve di Soligo Distretto 4 - Asolo
Strutture intermedie	Pubbliche: • ODC n. 2 • Cure palliative n. 3 • Hospice n. 1
	Private accreditate: • URT n. 1 • ODC n. 1 • Hospice n. 1 • Strutt. Riab. extraosp.(ex art. 26 legge 833/78) n. 5
Poliambulatori Specialistici extra-ospedalieri	Pubblici: • Poliambulatori territoriali n. 30 • Punto prelievi n. 15
	Privati accreditati: • Poliambulatori territoriali n. 8 • Punto prelievi n. 1
Strutture per minori e famiglie: asili nido, consultori e comunità educative	Consultori n. 17
Strutture per anziani suddivise tra: centri diurni e centri servizi	Centri di Servizi n. 60 Centri Diurni n. 26
Strutture per persone con disabilità: centri diurni e comunità/appartamenti	Comunità/appartamenti n. 34 Centri diurni n. 54
Strutture per la salute mentale: centri diurni, CSM e comunità/appartamenti	• CSM n. 13 • Comunità/appartamenti n. 29 • Centri diurni n. 15
Strutture per persone con dipendenze	• Serd n. 5 • Comunità Terapeutica n. 7 • Centri Diurni n. 2

Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata è l'insieme di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative rese a domicilio della persona in stato di bisogno, secondo piani di assistenza individuali, programmati e definiti dalle figure professionali coinvolte nella gestione del singolo caso. In presenza di bisogni di tipo socio-

assistenziale l'offerta distrettuale potrà essere integrata dai servizi prestati dai singoli Comuni con interventi di Assistenza Domiciliare. Il grafico evidenzia un aumento del numero di assistiti e una prevalenza di soggetti di sesso femminile.

Numero di pazienti in ADI, per anno

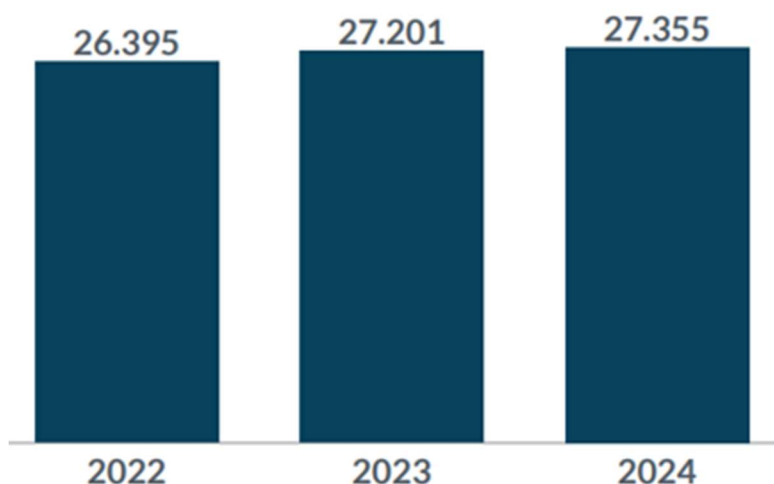


Grafico 1.4.1 Numero di assistiti in ADI, serie 2022-2023-2024. Fonte: DWH regionale

Distribuzione dei pazienti in ADI, per sesso

Anno 2024

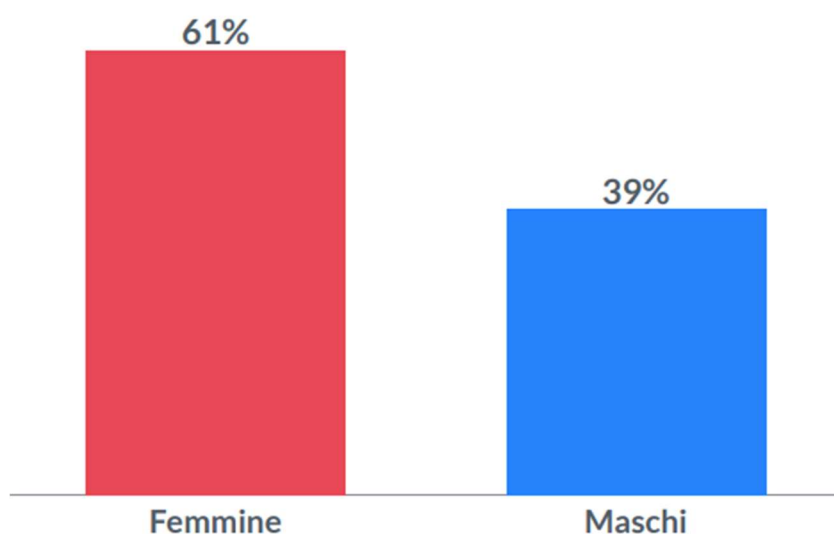


Grafico 1.4.2 Distribuzione per sesso degli assistiti in ADI. Anno 2024. Fonte: DWH regionale

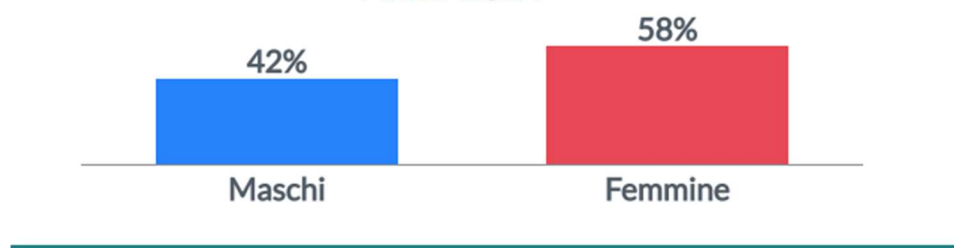
Assistenza nelle strutture intermedie

L'Azienda garantisce ai pazienti non ancora sufficientemente stabilizzati per vivere al proprio domicilio, un percorso di continuità assistenziale tramite i presidi di cura intermedi, ossia strutture extraospedaliere residenziali temporanee destinate ai pazienti comunque in situazione di malattia, ma non così tanto grave da avere necessità di risiedere in un ospedale.

Ogni centro che svolge cure intermedie accoglie dunque pazienti provenienti sia dal domicilio, che dall'ospedale o da altre strutture della rete sociosanitaria per completare il percorso di cura dopo un episodio acuto, facilitandone così il rientro alla quotidianità.

Distribuzione dei pazienti in ODC/URT, per sesso

Anno 2024



Pazienti in ODC/URT, per anno

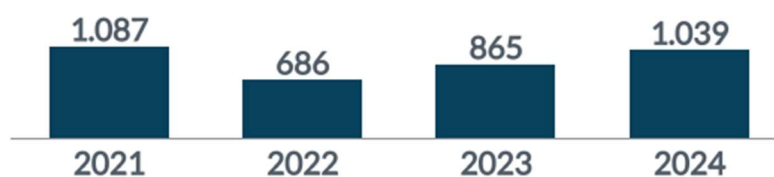


Grafico 1.4.3 Numero utenti ODC/URT per anno e distribuzione per sesso (ultimo dato disponibile 2024). Fonte: DWH regionale

Pazienti in ODC/URT, per struttura di ricovero. Anno 2024

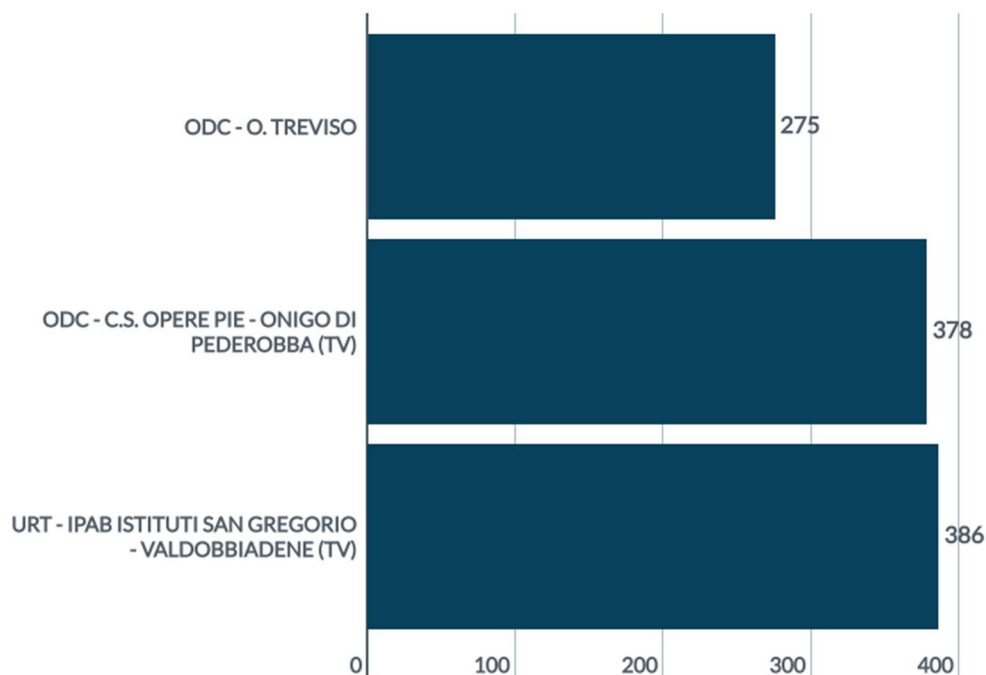


Grafico 1.4.4 Numero utenti ODC/URT per struttura di ricovero. Fonte: DWH regionale

L'attività, complessivamente considerata, degli Ospedali di Comunità dell'Azienda è diminuita per la chiusura di numerose strutture a seguito della fine dell'emergenza Covid; hanno infatti cessato la loro attività il Centro Accoglienza Covid 19 Valdobbiadene, il Centro Di Accoglienza Covid 19 di Conegliano, il Nucleo Territoriale per Emergenza Covid 19 di Motta Di Livenza, l'Ospedale Di Comunità per l'emergenza Covid Casa Fenzi di Conegliano, l'Ospedale Di Comunità di via Scarpa a Treviso. A dicembre 2024 è stato attivato l'Ospedale di comunità di Castelfranco Veneto ed è stata disattivata l'U.O. di Lungodegenza.

Pazienti in Hospice, per anno

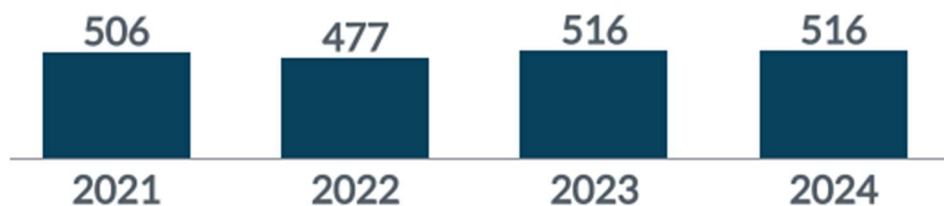


Grafico 1.4.5 Numero di pazienti in Hospice. Fonte: DWH regionale

Il numero di pazienti assistiti in Hospice è tendenzialmente in linea con l'andamento dell'ultimo biennio.

L'assistenza psichiatrica territoriale

Numero di utenti con almeno un contatto con i servizi di salute mentale, per età

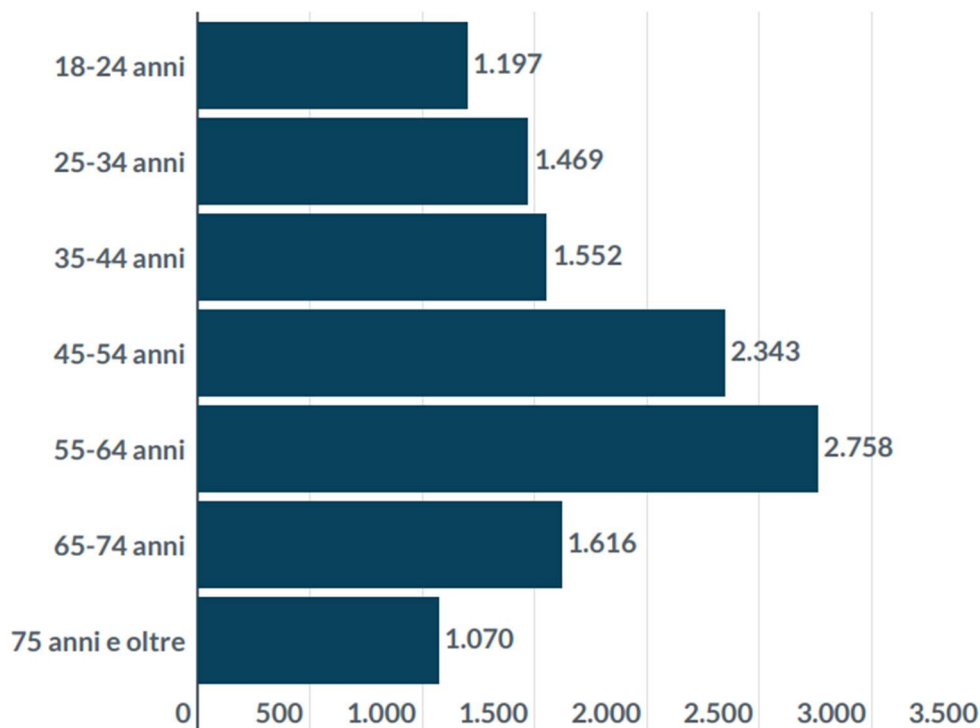


Grafico 1.4.6 Utenza DSM 2024 (ultimo dato disponibile) Fonte: DWH regionale

Distribuzione delle diagnosi principali, per gruppo diagnostico

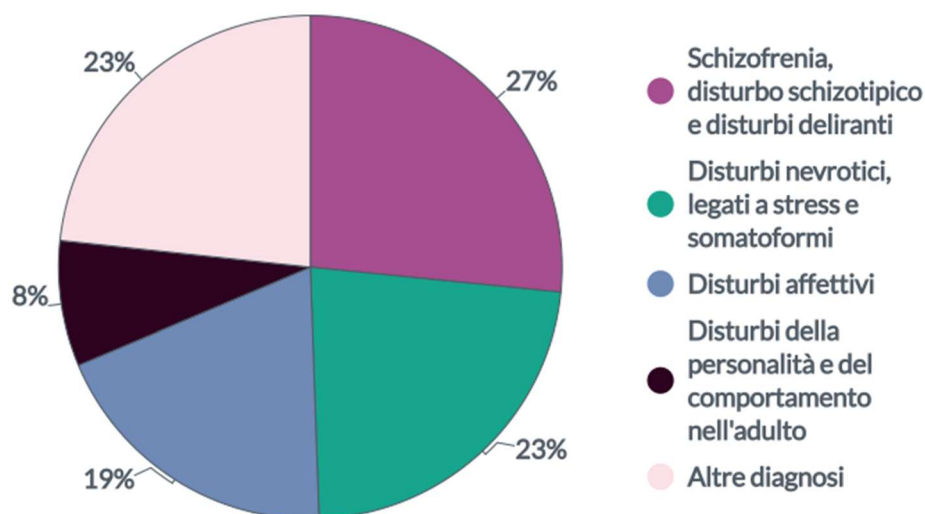


Grafico 1.4.7 Diagnosi per utenza DSM 2024 Fonte: DWH regionale

L'assistenza primaria

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2019- 2023, approvato con Legge Regionale n. 48/2018, in continuità con il precedente precisa che “la prevenzione della malattia e il trattamento della sua cronicizzazione sono le vocazioni prioritarie della rete dei servizi territoriali e l’assistenza primaria costituisce il “contatto” più immediato e frequente per l’assistito, rappresentando perciò il setting assistenziale che meglio si presta all’individuazione ed alla presa in carico della cronicità semplice”.

Medici di Assistenza Primaria (MMG)	494
Pediatrati di Libera Scelta convenzionati	93
Sedi di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)	13

Fonte dati: modello FLS21

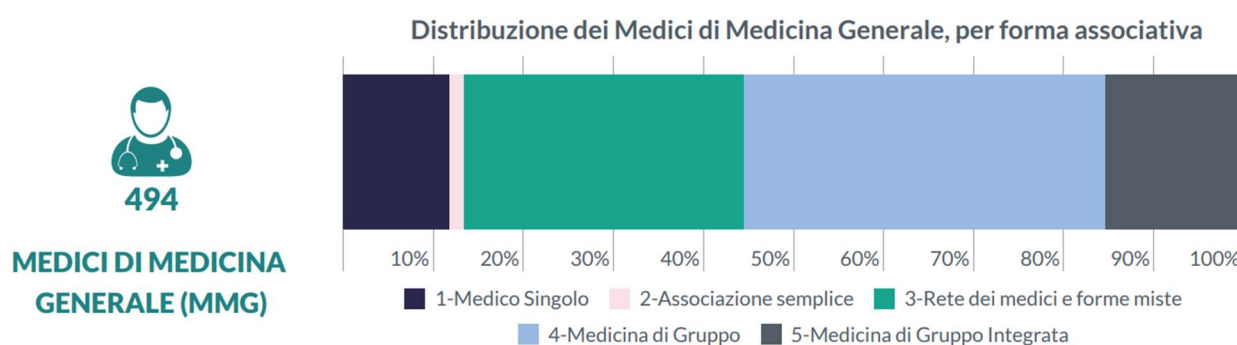


Grafico 1.5.1 Distribuzione dei MMG per forma associativa. Anno 2024

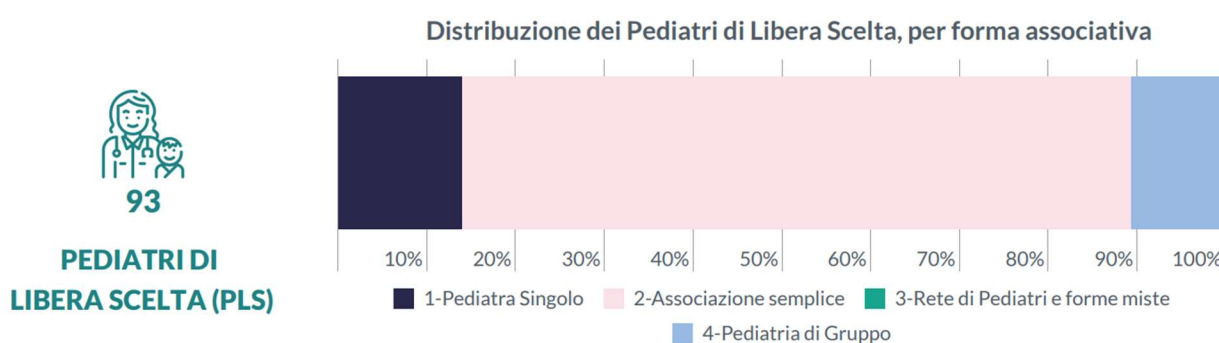


Grafico 1.5.2 Distribuzione dei PLS per forma associativa. Anno 2024

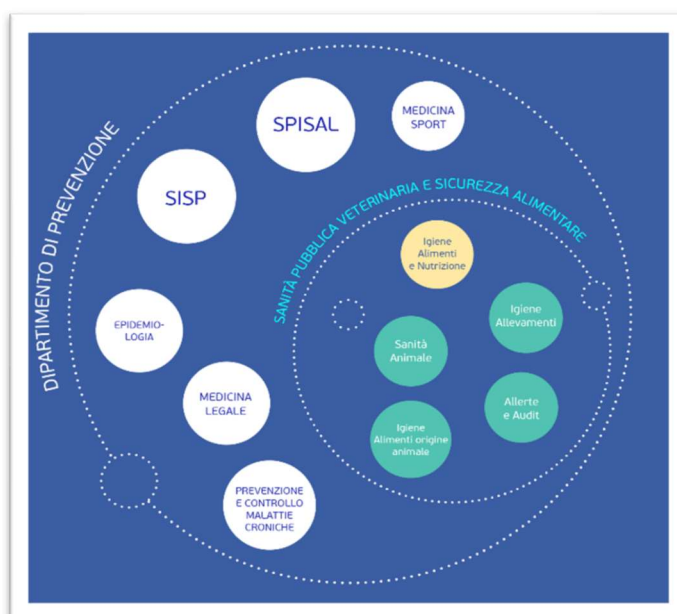
Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione sviluppa i propri interventi con un approccio intersettoriale e secondo i principi della *evidence based prevention*, investendo non solo nelle aree tradizionali della prevenzione ma anche, sempre più attivamente, nella promozione della salute attraverso l'empowerment dei singoli e delle comunità, con l'impegno a ridurre quanto più possibile le disuguaglianze in salute. L'obiettivo è da un lato quello di educare attivamente i cittadini alla tutela della propria salute mediante l'adozione di stili di vita sani, dall'altro quello di prevenire i rischi per la salute in ogni età della vita e di promuovere la qualità degli ambienti e delle condizioni di vita e di lavoro, nell'ottica della Salute in tutte le politiche, con la finalità di conseguire il più elevato livello di benessere psicofisico raggiungibile e di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità e l'efficienza del sistema sanitario, sociale e del welfare.

In questo quadro, il Dipartimento di Prevenzione è il nodo strategico di una rete che interconnette da un lato le Strutture, i Servizi e le Unità Operative aziendali e i medici e i pediatri di famiglia, dall'altro le strutture regionali di governo, tutte le istituzioni pubbliche regionali e locali ed i vari stakeholder, protagonisti della società civile e del mondo produttivo, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini e conseguentemente nello sviluppo sociale ed economico delle comunità.

Le attività erogate dal Dipartimento di Prevenzione sono raggruppate nei seguenti ambiti:

- Igiene e sanità pubblica
- Prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro
- Medicina dello sport
- Medicina legale
- Prevenzione e controllo malattie croniche
- Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
- Epidemiologia



Coperture vaccinali

La vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive.

Copertura Vaccinale	2022	2023	2024	Obiettivo Regionale 2024
Ciclo base (3 dosi) vaccino esavalente (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	93,9%	94,3%	95,2%	>=95%
Vaccino anti HPV	62,4%	61,0%	74,40%	>=80%
Vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65)	39,2%	52,6%	45,8%	>=60%*

Fonte dati: Qlik regionali copertura vaccinale (estrazione del 13.01.2025 rif. dicembre 2024)

Screening oncologici

Gli screening sono interventi organizzati di sanità pubblica, completamente gratuiti, in cui viene sistematicamente invitata tutta la popolazione in età giudicata a rischio. L'obiettivo dei test di screening è individuare la presenza di un'eventuale malattia nelle sue fasi iniziali per permettere di intervenire tempestivamente con le cure più appropriate, facilitando la guarigione e riducendo la mortalità. Attraverso chiamate attive vengono offerti, gratuitamente, un test di 1° livello (test di screening) e, se necessario, anche esami di approfondimento (2° livello) ed eventuali trattamenti (3° livello). I soggetti destinatari decidono, volontariamente, se aderire. Attualmente sono tre i tumori per i quali l'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana offre programmi di screening organizzato.

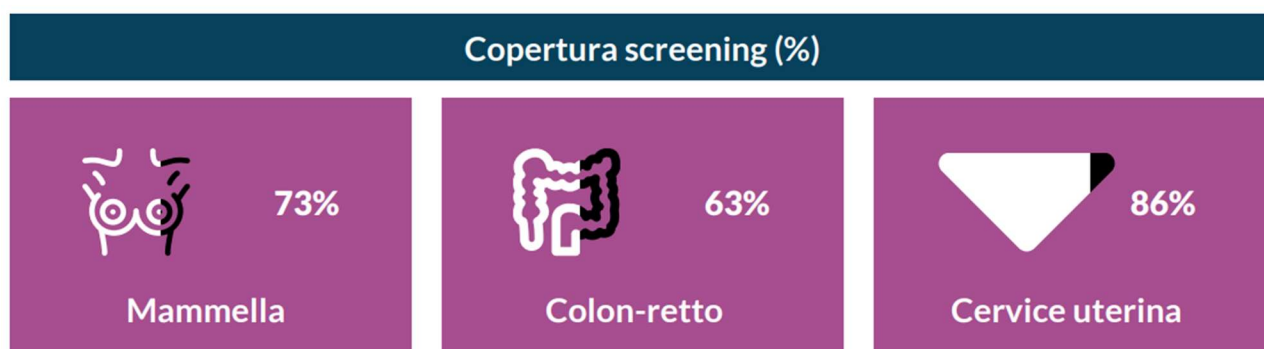


Grafico 1.6.1 Copertura screening. Fonte dati: Sistema informativo Screening (dato parziale 01/01/2024-30/09/2024)

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

In questa sezione del documento sono illustrate le strategie che l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana intende adottare nel triennio 2025-2027 per realizzare valore pubblico, inteso come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholders, dei destinatari di una politica o di un servizio.

L'Azienda crea Valore Pubblico in senso ampio quando, coinvolgendo e motivando tutte le figure professionali presenti, attraverso un processo di pianificazione integrato, valorizza il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al soddisfacimento dei bisogni dell'utente. Gli elementi fondamentali sui quali si basa la pianificazione aziendale, in un'ottica di creazione di valore pubblico, sono garantire l'equità di accesso ai servizi, migliorare l'appropriatezza delle prestazioni, e assicurare il raggiungimento delle migliori performance di efficienza e di efficacia al fine di raggiungere gli esiti desiderati, misurabili anche tramite Benessere Equo e Sostenibile (BES) e Sustainable Development Goals (ONU).

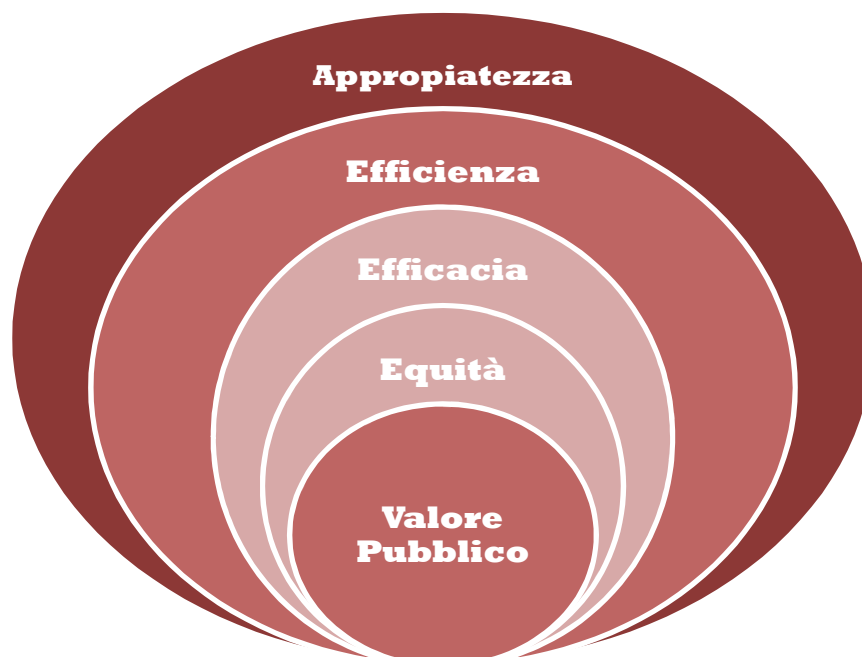
Anche la prevenzione della corruzione è produttiva di valore pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell'azienda. Nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa. La corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione, tra l'altro, contribuisce ad una rinnovata sensibilità culturale in cui la prevenzione della corruzione non va intesa come onere aggiuntivo all'agire quotidiano, ma deve essere considerata nell'impostazione ordinaria della gestione amministrativa per il miglior funzionamento dell'azienda al servizio dei cittadini.

Vision e Mission aziendale

Per Valore Pubblico di un'azienda sociosanitaria si intende il contributo assicurato dall'azienda al miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento. All'interno delle Linee guida per il piano della performance, formulate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, Ministeri, n. 1, giugno 2017 così è descritto il significato di Valore Pubblico: *"il miglioramento del livello di benessere economico-sociale-ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi pubblici rispetto alle condizioni di partenza della politica o del servizio"*. All'interno della mission si sottolinea l'importanza della corretta risposta al bisogno di salute espresso dalla popolazione residente che si traduce nell'organizzazione di servizi integrati per la corretta presa in carico del paziente, che includono l'accompagnamento lungo il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, il monitoraggio post-acuzie e post-riabilitazione, fino al suo reinserimento nel proprio contesto sociale di vita e di lavoro, ovvero l'attivazione di percorsi per la presa in carico degli stati di cronicità in base ai diversi livelli di autonomia riconosciuti.

L'Azienda ULSS 2 persegue la finalità di proteggere, promuovere e tutelare la salute dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi e di attività compresi normativamente nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). I Livelli essenziali di assistenza (LEA) comprendono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, attraverso la Prevenzione collettiva e la Sanità pubblica, l'Assistenza distrettuale e l'Assistenza ospedaliera, e per l'erogazione efficiente dei quali è assicurata la copertura

finanziaria annuale. Il fine fondamentale, appena richiamato, di qualsiasi azienda sanitaria deve coniugarsi con altri principi come il buon andamento della pubblica amministrazione e l'integrazione con i settori comunitari così da raggiungere una politica, generalmente intesa, di promozione della Salute e sviluppo del benessere e della qualità di vita.



Programmazione, obiettivi e valutazione

La creazione di Valore per la comunità passa attraverso la definizione di strategie operative e di obiettivi che valutino l'operato dell'Azienda; ciò avviene sia a livello aziendale, sia regionale e ministeriale.

La stesura e l'implementazione delle azioni da intraprendere è il risultato dell'integrazione tra le varie programmazioni, definite nei seguenti documenti:

- **Sustainable Development Goals (ONU):** una serie di 17 obiettivi interconnessi votati al raggiungimento "di un futuro migliore e più sostenibile per tutti". L'obiettivo 3 mira a "Garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età".
- **Piano Sanitario Nazionale:** principale strumento di programmazione sanitaria volta a stabilire gli obiettivi, le azioni e le strategie programmatiche per la realizzazione delle strategie istituzionali del Servizio Sanitario.
- **Piano socio-sanitario regionale:** individua gli indirizzi di programmazione sanitaria a livello regionale.
- **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Piano operativo Veneto:** traduzione a livello regionale degli obiettivi posti dalla Missione 6 Salute del PNRR.
- **Documento di economia e finanza regionale:** Il DEFR concerne l'applicazione del principio della programmazione esplicitato nella riforma introdotta dal D.Lgs. 118/2011, che ha inteso promuovere l'uniformità delle procedure e degli strumenti riguardanti l'architettura dei conti pubblici.

La misurazione della performance nella creazione di Valore Pubblico potrebbe risultare non agevole: se da un lato la misurazione di benessere può essere legata ad una sola dimensione d'impatto e quindi misurabile come benessere specifico o impatto settoriale, dall'altro nella maggioranza dei casi l'associazione non è uno a uno ma è riferibile a numerose dimensioni d'impatto.

A partire dal 2010 il progetto BES dell'ISTAT misura il Benessere equo e sostenibile, con l'obiettivo di valutare il progresso della società non soltanto dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale. In quest'ottica i tradizionali indicatori di progresso, come il PIL, si affiancano a misure di valore sociale e ambientale. Dal 2016, vengono diffusi gli indicatori per il monitoraggio degli obiettivi dell'Agenda 2030 sullo sviluppo sostenibile, i Sustainable Development Goals (SDGs) delle Nazioni Unite, scelti dalla comunità globale grazie a un accordo politico tra i diversi attori, per rappresentare i propri valori, priorità e obiettivi. La Commissione Statistica delle Nazioni Unite (UNSC) ha definito un quadro d'informazione statistica condiviso per monitorare il progresso dei singoli Paesi verso gli SDGs, individuando circa 250 indicatori.

PROGETTO BES – Benessere Equo e sostenibile
Dominio Salute (4 indicatori)
Dominio Istruzione e formazione (8 indicatori)
Dominio Lavoro e conciliazione tempi di vita (10 indicatori)
Dominio Benessere economico (5 indicatori)
Dominio Relazioni sociali
Dominio Politica e istituzioni (8 indicatori)
Dominio Sicurezza (3 indicatori)
Dominio Benessere soggettivo
Dominio Paesaggio e patrimonio culturale (2 indicatori)
Dominio Ambiente (11 indicatori)
Dominio Innovazione, ricerca e creatività (3 indicatori)
Dominio Qualità dei servizi (8 indicatori)

Gli indicatori del BES sono spesso sovrapponibili con quelli individuati dall'ONU.



Di seguito, vengono riportati i dati BES dell'ISTAT più recenti riferiti al dominio "Salute" e al dominio "Qualità dei Servizi" per la provincia di Treviso.

Province REGIONE Ripartizione	01-01	01-02	01-03	01-04	01-05	01-06
	Speranza di vita alla nascita (b)	Mortalità evitabile (0-74 anni) (c)	Mortalità infantile (d)	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (c)	Mortalità per tumore (20-64 anni) (c)	Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (c)
	2023 (*) 2023 - 2019	2021 2021 - 2019	2021 2021 - 2019	2022 2022 - 2019	2021 2021 - 2019	2021 2021 - 2019
Verona	83,9	15,0	2,2	1,2	7,0	28,4
Vicenza	84,3	15,9	2,3	0,6	6,8	33,9
Belluno	83,2	17,5	2,6	1,6	8,1	30,8
Treviso	84,4	14,8	1,8	1,3	7,0	38,0
Venezia	83,7	17,8	1,9	0,9	7,3	37,2
Padova	84,1	15,6	2,1	1,1	6,4	35,2
Rovigo	82,8	22,0	2,6	1,5	7,7	30,7
VENETO	83,8	16,2	2,1	1,1	7,0	34,1
Nord-est	83,8	16,9	2,2	0,9	7,0	33,3
Italia	83,1	19,2	2,6	0,7	7,8	33,3

"Dominio Salute": indicatori per provincia. Rapporto BES dei territori 2024. Fonte: ISTAT benessere e sostenibilità

Province REGIONE Ripartizione	12-05		12-06		12-07		12-08	
	Posti letto per specialità ad elevata assistenza (e)		Emigrazione ospedaliera in altra regione (d)		Medici specialisti (e)		Posti letto negli ospedali (e)	
	2022	2022 - 2019	2022	2022 - 2019	2023	2023 - 2019	2022	2022 - 2019
Verona	6,5		6,2		37,3		36,5	
Vicenza	3,4		5,4		22,4		25,7	
Belluno	2,1		6,2		25,3		30,4	
Treviso	3,4		6,6		22,1		28,2	
Venezia	2,7		7,2		25,3		32,1	
Padova	4,7		4,8		40,4		33,6	
Rovigo	2,5		10,5		29,4		35,5	
VENETO	4,0		6,2		29,6		31,5	
Nord-est	3,6		6,3		32,8		34,8	
Italia	3,2		8,3		34,1		32,7	

“Dominio Qualità dei servizi”: indicatori per provincia. Rapporto Bes dei territori 2024. Fonte: ISTAT benessere e sostenibilità

Dai dati della provincia di Treviso, assimilabili a quelli dell’Azienda Ulss n.2 Marca Trevigiana, emerge come la speranza di vita alla nascita rilevata nella provincia di Treviso sia la più alta rispetto alle altre province della Regione Veneto. Si evidenzia anche che gli indicatori presenti nella tabella “Dominio Qualità dei servizi”, relativi alla provincia di Treviso, sono quasi tutti in miglioramento rispetto all’anno 2019.

A completamento della valutazione istituzionale, è fondamentale ricevere un feedback dagli utenti dei servizi offerti dall’Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana. L’esperienza dei pazienti è riconosciuta come una misura fondamentale della qualità dei servizi sanitari erogati, al pari di altre misure cliniche, di efficacia, efficienza e sicurezza del paziente.

L’Osservatorio PREMs (Patient-Reported Experience Measures) mira a raccogliere e fornire a manager e professionisti sanitari, ad ogni livello dell’azienda sanitaria stessa, i feedback dei pazienti sulla loro esperienza di ospedalizzazione ordinaria. Le informazioni di esperienza possono fornire indicazioni concrete, puntuali e fruibili in merito alla percezione dei pazienti. Una considerazione complessiva dell’assistenza può essere ben approssimata dalla valutazione dell’esperienza di ricovero nei presidi ospedalieri dell’Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana.

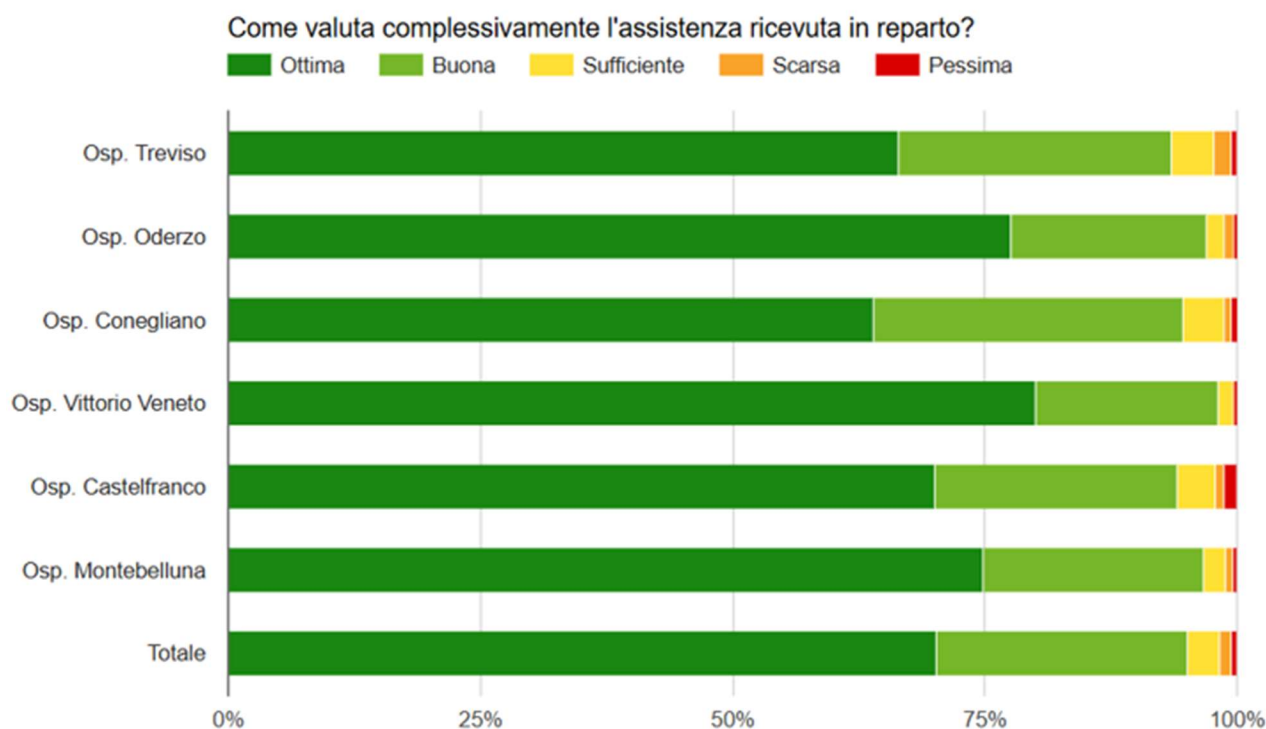


Grafico 2.2.1. Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta. Fonte: indagine Prems, periodo 01/01/2024-31/12/2024

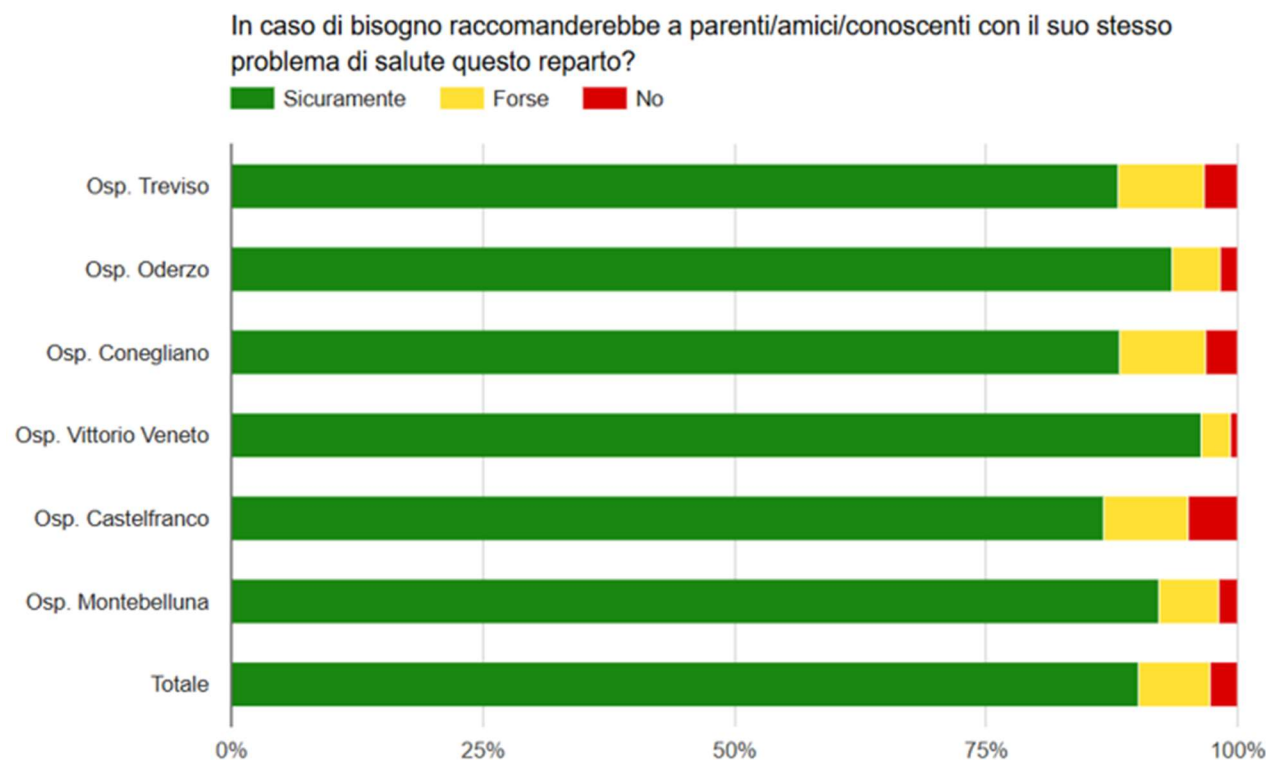


Grafico 2.2.2. Raccomandazione reparto. Fonte: indagine Prems, periodo 01/01/2024-31/12/2024

Come evidenziato l'anno scorso, dai dati emerge una considerazione più che positiva tra coloro che hanno sostenuto un'esperienza di ricovero nelle strutture aziendali. Si sottolinea come un'indagine di questo tipo ponga sotto esame diversi aspetti della realtà ospedaliera: l'accoglienza al momento dell'ingresso in struttura, la qualità percepita dell'assistenza, la disponibilità del personale medico e infermieristico, la

chiarezza delle indicazioni fornite sullo stato di salute. Un risultato di questo tipo non può che gratificare l'Azienda e motivarla maggiormente nell'offrire la migliore assistenza possibile ai cittadini.

Nell'ottica del confronto con le altre aziende risulta sempre preziosa la valutazione della performance effettuata dal Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Si riporta qui l'immagine del "bersaglio" che consente di cogliere in modo immediato la capacità dell'azienda di raggiungere gli obiettivi.

Valutazione della Performance 2023



Grafico 2.2.3 Progetto Bersaglio-Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Dai risultati si evince come l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana continui a conseguire risultati eccellenti in quasi tutti gli ambiti analizzati. Si rileva come l'Azienda, oltre all'elevata qualità delle cure, operi in un contesto d'equilibrio e solidità patrimoniale non comune tra le aziende che si occupano di assistenza socio-sanitaria.

Un altro parametro di confronto che consente di avere una valutazione delle performance non autoreferenziale è l'immagine del *treemap* fornita dal Programma Nazionale Esiti.

Tale rappresentazione consente di valutare separatamente ciascuna area clinica per ogni struttura ospedaliera. La grandezza dei rettangoli è definita sulla base del volume complessivo di attività delle diverse aree cliniche; il colore è individuato sulla base della valutazione, calcolata come media ponderata dei punteggi degli indicatori che compongono quella determinata area. Di seguito il treemap dell'ospedale Hub di Treviso relativo all'anno 2023.

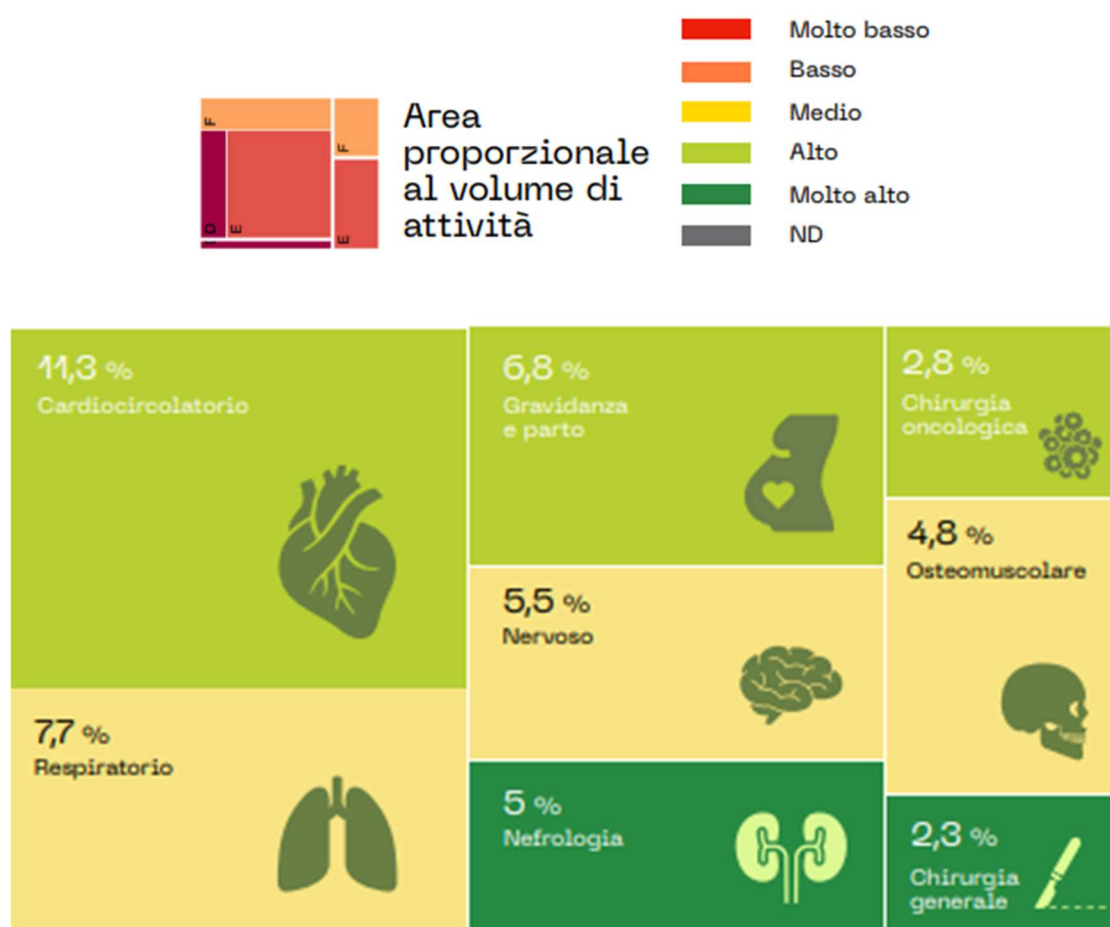


Grafico 2.2.4 Treemap dell'Ospedale Hub di Treviso

Performance

In questa sezione si riportano gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire al fine di incrementare il valore pubblico.

Per il triennio 2025-2027 l'Azienda intende perseguire questi obiettivi strategici:

1. aumentare la sostenibilità nell'uso delle risorse;
2. migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino;
3. sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi.
4. umanizzazione delle cure migliorando la comunicazione con il paziente.



Per ciascun obiettivo strategico sono stati definitivi degli obiettivi operativi annuali correlati a indicatori misurabili che concretamente concorrono al raggiungimento degli obiettivi strategici.

Gli obiettivi operativi sono di due tipi:

- da una parte obiettivi definitivi dall'Azienda nell'ambito della propria autonomia (tipo obiettivo "A");
- dall'altra obiettivi assegnati dalla Regione Veneto con la DGR n. 1557 del 30/12/2024 *"Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2025"* (tipo obiettivo "R").

Questi ultimi sono parte integrante e imprescindibile della programmazione aziendale: in questo documento si evidenzia come ogni obiettivo regionale si collega ad un obiettivo strategico indicato dall'Azienda.

Obiettivo strategico 1- Aumentare la sostenibilità nell'uso delle risorse

Con questo obiettivo strategico l'Azienda pone l'attenzione sulla necessità di un uso oculato delle risorse economiche ed umane. Relativamente a questo, particolare importanza assume il processo di logistica dei beni sanitari.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	TARGET BIENNIO 2026-2027
Revisione dei sistemi di logistica dei beni	A	Logistica centralizzata dei farmaci nel presidio ospedaliero di Vittorio Veneto e logistica esternalizzata dei dispositivi medici e altro materiale.	SI	SI

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	TARGET BIENNIO 2026-2027
Attuazione Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del SSSR del Veneto (DGR 960/2024)	R	Piano Carenza Personale: Rispetto delle azioni previste nel piano: 1) monitoraggio cronoprogramma delle azioni, 2) contenimento delle dimissioni inattese, 3) attivazione del supporto psicologico	SI	SI
Sostenibilità dei costi dell'area Farmaci e Dispositivi Medici	R	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2025 e DPC Farmaci 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e come da vademecum	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e come da vademecum
		Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2025 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e inserimento del 100% delle richieste per nuovi DM	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e inserimento del 100% delle richieste per nuovi DM
		Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
Sostenibilità dei costi dell'area di gestione del personale	R	Analisi del costo del personale, rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione	SI	SI
Rispetto della programmazione economico finanziaria a garanzia della sostenibilità a medio/lungo termine del SSR	R	Scostamento Risultato d'esercizio 2025 da BEP 2025	<0	<0
		Indice di distanza dalla best performance	SI	SI
Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	R	Rispetto e pubblicazione dei tempi di pagamento dati PCC (circolare MEF n. 17/22) sul sito amministrazione trasparente	SI	SI
		Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100%	100%

		Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	SI	SI
		% di partecipazione al Comitato dei Direttori Generali	90%	90%
		Implementazione di una rete di Patologia Digitale per le Aziende Sanitarie del SSR	SI	SI
		Acquisizione di sistemi volti a garantire la sicurezza degli operatori e dei professionisti operanti nelle strutture sanitarie del SSR	SI	SI

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino

La creazione di nuovo Valore Pubblico passa necessariamente dalla facilitazione all'accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari. L'accessibilità fisica, fondamentale per qualsiasi azienda operante nel settore della cura al cittadino che voglia definirsi "vicina" allo stesso, per l'ospedale di Treviso, viene favorita con il trasferimento delle attività sanitarie e delle apparecchiature nel nuovo Edificio 29. Le attività sono iniziate nel corso dell'anno 2024 e l'obiettivo, per il 2025, è quello di completare i trasferimenti garantendo la continuità delle attività. Inoltre, sono in programma anche le attività di progettazione esecutiva e sviluppo della fase 2 dell'intervento della Cittadella della Salute, un processo ambizioso che porterà l'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana a prestare l'assistenza sanitaria in un polo d'eccellenza e all'avanguardia.

In un contesto d'innovazione tecnologica preponderante, l'Azienda intende adottare e sviluppare tutte le opportunità offerte dalle nuove tecnologie. Lo **sviluppo della telemedicina** riguarderà numerose branche mediche e tutte le fasi in cui la stessa è adottabile: il consulto, la refertazione, il controllo, la visita e la riabilitazione.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	TARGET BIENNIO 2026-2027
Sviluppo della telemedicina	A	Sperimentazione della teleconsulenza per il trattamento delle lesioni da pressione o croniche in ambito territoriale: Numero di RSA coinvolte	4	4
Accessibilità fisica: Completamento fase 1 Cittadella della Salute	A	Completamento dei trasferimenti secondo le priorità della direzione medica, garantendo la continuità delle attività.	SI	SI
Accessibilità fisica: Sviluppo della fase 2 Cittadella della Salute	A	Avvio delle attività propedeutiche necessarie alla definizione della progettazione esecutiva della seconda fase	SI	SI
		Analisi tecnico giuridico economica inerente l'avanzamento del Contratto del Project Financing e l'eventuale riequilibrio del Piano Economico Finanziario	SI	SI
		Funzionamento del Collegio Consuntivo Tecnico	SI	SI
		Predisposizione delle evidenze necessarie per il superamento della visita dell'autorizzazione all'esercizio della Cittadella Sanitaria Edificio 29	SI	SI

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	TARGET BIENNIO 2026-2027
Miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie	R	% prestazioni con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%	>90%
		% prestazioni con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di regia	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di regia
		Rispetto indicatori di monitoraggio del percorso chirurgico: 1) miglioramento tempi attesa, 2) recupero del pregresso, 3) % di interventi di cataratta eseguiti entro 12 mesi da richiesta, 4) degenza media preoperatoria	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di regia	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di regia
		% di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità "A" ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii. (adempimento Qlea H.3) e classe di priorità "B"	>90%	>90%
Perseguimento PNRR M6	R	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	SI	SI
		PNRR: "Verso un Ospedale sicuro e sostenibile". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	SI	SI
		PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento
Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	R	DM 77/2022: Rispetto indicazioni per attuazione riforma territoriale	SI	SI
		PNRR: "ADI e Telemedicina". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	SI	SI
Gestione degli investimenti	R	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)	SI	SI
		Indice di produttività delle apparecchiature	SI	SI

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi

Con questo obiettivo strategico l'Azienda intende ripensare ai processi, sia amministrativi che di *clinical governance*, basandosi sulla convinzione che il miglioramento dell'assistenza passi necessariamente dalla messa in discussione di prassi talvolta consolidate negli anni. Nell'ambito dell'innovazione, assume particolare rilievo lo sviluppo del **percorso trapianto allogenico** che per il 2025 prevede di garantire 35 trapianti.

L'Azienda ULSS 2 rivolge particolare attenzione alla reingegnerizzazione dei processi relativi alla **gestione delle liste d'attesa** che riguardano non solo il tempo entro cui viene fornita una prestazione ma il tema più ampio della presa in carico del paziente da parte dell'Azienda.

Nella reingegnerizzazione dei processi assume particolare rilevanza la riforma degli Ambiti Territoriali Sociali (L.R. 9/2024). Il nuovo sistema territoriale sanitario, attraverso le case di comunità, gli ospedali di comunità, le centrali operative territoriali (COT) e il Punto unico di accesso (PUA) intende costruire le risposte più efficaci e sostenibili nel tempo, anche a fronte del rispetto dei vincoli economici dei bilanci sanitari e sociali.

Il budget di salute, il progetto di assistenza integrato, il progetto di vita, sono gli strumenti innovativi di lavoro: l'abitare supportato, il cohousing, i centri diurni diffusi rappresentano le nuove soluzioni a supporto delle autonomie attraverso cui prende forma il nuovo modello di welfare integrato locale.

In particolare, si rende necessario lavorare in stretta collaborazione con i Comuni associati negli Ambiti Territoriali Sociali e le Associazioni di volontariato nella realizzazione dei percorsi di autonomia, nel coordinare le attività di innovazione/revisione nell'ambito delle iniziative del PNRR in ambito sanitario e sociosanitario, dove si stanno concretizzando le risposte più virtuose a supporto dei processi di co-programmazione e co-progettazione.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	TARGET BIENNIO 2026-2027
Attuazione della Riforma degli Ambiti Territoriali Sociali (L.R.9/2024)	A	Collaborazione con l'Ambito di riferimento per il passaggio al nuovo modello sociale e sanitario: analisi stato dell'arte e programmazione di tempi/modi per il trasferimento delle competenze in base alle tempistiche dei Decreti attuativi	SI	SI
		Gestione del budget di ciascun ente gestore dei centri di servizi per persone di norma anziane non autosufficienti secondo la Dgr 465/2024	SI	SI
		Rispondere alle specifiche richieste di dati pervenute dai futuri Ambiti nell'ottica del passaggio delle competenze agli Ambiti	SI	SI
Sviluppo dell'intelligenza artificiale	A	Definizione di un regolamento sull'uso dell'intelligenza artificiale all'interno delle attività cliniche e/o amministrative	SI	SI
Ampliamento della Cybersecurity	A	Cybersecurity: % di fasi realizzate rispetto a quelle previste	90%	90%

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	TARGET BIENNIO 2026-2027
Perseguimento interventi strategici di informatica	R	SIO, adeguamento CUP e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello". Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	SI	SI
		Sistema Informativo Territoriale. Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	SI	SI
Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	R	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale
		D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale
		H03Z - Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale
Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali (NSG)	R	Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Prevenzione	Mantenimento rispetto soglia nazionale	Mantenimento rispetto soglia nazionale

		Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Distretto	Mantenimento rispetto soglia nazionale	Mantenimento rispetto soglia nazionale
		Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Ospedale	Mantenimento rispetto soglia nazionale	Mantenimento rispetto soglia nazionale
Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di eventi di natura infettiva e non di rilevanza per la sanità pubblica	R	Prosecuzione e rafforzamento del percorso di esercitazioni operative annuali SIMEX per la preparazione ad eventuali emergenze di sanità pubblica	SI	SI
Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target	R	Raggiungimento delle coperture vaccinali previste nell'adolescente e nelle giovani (HPV) e negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	SI	SI
Estensione e mappatura delle strutture e servizi di prevenzione per il contrasto delle malattie croniche	R	Indicatore composito su implementazione per ogni distretto della rete regionale dei comuni attivi, delle strutture per la pratica dell'Esercizio Fisico Strutturato e l'Attività Fisica Adattata, dell'ambulatorio di disassuefazione dal fumo e di un ambulatorio nutrizionale	SI	SI
Registrazione le prestazioni erogate negli stabilimenti del settore della Sicurezza Alimentare nel nuovo sistema informativo regionale	R	Completezza della registrazione delle prestazioni erogate nel Sistema Informativo Sicurezza Alimentare e Veterinaria (SISAV)	1	1
Miglioramento processi di assistenza in area ospedaliera	R	% di interventi di chirurgia oncologica (tumori dell'ovaio, polmone, colon, retto, gastrico) effettuati presso le strutture che superano la soglia indicata	1	1
		Indicatore composito di performance relativo alla presa in carico di Pronto Soccorso (% ricoveri, accessi festivi/feriali, appropriatezza valutazione e tempi di permanenza)	SI	SI
		Indicatore composito Area Trapianti: 1) Segnalazione potenziali donatori di organo, 2) Candidati trapianto rene da donatore vivente, 3) % di opposizione alla donazione di cornee	SI	SI
		Indicatore composito Area Trasfusionale: 1) Capacità del sistema di garantire gli emocomponenti (Globuli rossi), 2) Capacità del sistema di garantire la produzione di farmaci plasmaderivati, 3) Promozione di un utilizzo appropriato dei medicinali emoderivati, 4) Applicazione PDTA PBM	SI	SI
Miglioramento processi di assistenza in area territoriale	R	% di presa in carico precoce dei pazienti eleggibili alle cure palliative e assicurazione della continuità di cura tra i diversi setting assistenziali della rete	SI	SI
		Tasso di personale destinato alle attività territoriali	SI	SI
		Indicatore composito Area Salute Mentale: 1) Riduzione della contenzione in ambito SPDC, 2) Garanzia di continuità assistenziale alla dimissione ospedaliera (attraverso la visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni)	SI	SI
		Sviluppo Televisita per il rinnovo Piano Terapeutici Farmaci nelle farmacie di comunità	SI	SI
Miglioramento dell'offerta dei servizi sociali e socio sanitari territoriali	R	Analisi delle attività aziendali imputate al bilancio sociale in forza di delega con descrizione dei parametri previsti dall'allegato B della DGR 1159/24	SI	SI

		DGR 465/24: n. appendici di accordo contrattuale sottoscritte, n. 2 relazioni semestrali sulle evidenze dei modelli assistenziali introdotti nell'ambito della sperimentazione a fronte delle risorse aggiuntive riconosciute con il budget	SI	SI
Miglioramento efficienza dei processi di supporto	R	% di partecipazione ai corsi regionali su tematiche strategiche prioritarie (FSE, ICA, SPISAL, Cure Palliative, CUP Manager)	SI	SI
		Servizi legati al portale regionale: rispetto del cronoprogramma di attivazione	Tempistiche da cronoprogramma	Tempistiche da cronoprogramma
		Adesione, alla gare regionali, entro 60 giorni e rispetto delle disposizioni fornite	SI	SI
		Sistema unico direzionale: rispetto attività previste dal cronoprogramma di attivazione	SI	SI
		% flussi informativi regionali e ministeriali di nuova istituzione implementati correttamente	1	
		Rispetto della pianificazione nell'esecuzione delle visite di autorizzazione e accreditamento mediante valutatori aziendali (tutti gli Enti SSR)	SI	SI
Rispetto dei tempi delle indicazioni regionali per la gestione aziendale del sinistro	R	Gestione sinistri: conclusione dell'istruttoria (inclusa valutazione medico legale e valutazione CAVS) entro 180 giorni dall'apertura del sinistro	>70%	>70%
Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	R	% di ultra 65enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi e potenziamento della vigilanza su farmaci e dispositivi medici	SI	SI
		Indicatore composito di sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza	SI	SI
Promozione dei processi per la ricerca	R	Pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit e rendicontazione economica	SI	SI

Obiettivo strategico 4 – Umanizzazione delle cure

L'umanizzazione delle cure rappresenta per questa Azienda un pilastro fondamentale per orientare tutti i servizi a migliorare continuamente l'approccio verso il paziente. Questo principio, in linea con gli obiettivi punta a promuovere un approccio incentrato sulla persona, migliorando l'esperienza di cura e rafforzando il legame tra pazienti, famiglie e operatori sanitari.

Gli interventi volti all'umanizzazione delle cure si concentrano su:

- rafforzare la centralità del paziente nei percorsi di cura;
- creare ambienti di cura accoglienti e inclusivi;
- promuovere progetti specifici di umanizzazione (sviluppo di eventi culturali, concerti, attività ricreative, promozione delle arti visive);
- promuovere la formazione continua del personale sanitario per accrescere competenze relazionali ed empatiche;
- garantire un supporto psicologico adeguato alle equipe oltre che supporto a pazienti e familiari;
- favorire il coinvolgimento attivo della comunità nella progettazione e implementazione dei servizi sanitari;
- sviluppare la rete dei servizi attraverso il coinvolgimento sempre più attivo delle associazioni di volontariato e di categoria.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	TARGET BIENNIO 2026-2027
Sviluppo progetti di umanizzazione delle cure in ambito pediatrico	A	Realizzazione di eventi di diffusione della musica all'interno delle strutture dell'azienda con l'associazione musicale di Treviso Manzato e avvio di programmazione cinematografica in Pediatria	3 concerti	3 concerti
		Educazione e accoglienza dei futuri genitori attraverso incontri pre-parto e durante il DH ostetrico	SI	SI
		Partecipazione al tavolo intersettoriale aziendale per la presa in carico dei primi 1000 giorni del bambino e della sua famiglia previsto nel Piano Regionale Prevenzione come da DGR 1858 del 29.12.2021	SI	SI
Sviluppo progetti di umanizzazione delle cure in ambito riabilitativo	A	Estensione dei progetti di miglioramento <i>AccurataMente</i> con l'obiettivo di dare continuità alla cura, dalla fase acuta in ospedale alla riabilitazione territoriale e ambulatoriale per il miglioramento dei processi di presa in carico del paziente	SI	SI
Sviluppo progetti di umanizzazione delle cure nella salute mentale	A	Esperienze inclusive realizzate con utenti del Dipartimento di Salute Mentale e del Serd nell'ambito del Progetto Attività Fisica	4	4
Miglioramento del rapporto con l'utenza	A	Incontri con MMG e gli operatori degli sportelli territoriali al fine di ridurre le segnalazioni URP	2 incontri per Treviso, 2 incontri per Asolo	2 incontri per Treviso, 2 incontri per Asolo

Rischi corruttivi e trasparenza

Scopo della presente sezione è quello di definire una strategia aziendale di prevenzione della corruzione organica e sistematica e di garantirne una concreta attuazione, indicandone gli strumenti, le fasi e gli obiettivi operativi, al fine di giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia a livello nazionale, in particolare dalla Legge 6.11.2012, n. 190 (L. 190/2012), e regionale, in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione (PNA).

Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT) E SUO VICE	I REFERENTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RAS)	INTERNAL AUDITING
UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)	ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV)

Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)

Ai sensi dell'art. 1 della L. 190/2012 "l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione (ora sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO). L'organo di indirizzo adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)".

Il RPCT è individuato dall'organo di indirizzo (Direttore Generale), di norma, tra i dirigenti di ruolo in servizio, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Con delibera del Direttore Generale n. 2385 del 15.11.2024, l'Azienda ha nominato l'avv. Eugenio Varotto come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e con l'approvazione del presente documento lo stesso viene confermato in tale ruolo. Al fine di garantire continuità nello svolgimento delle funzioni proprie del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, si individua come sostituto del RPCT, in caso di temporanea e improvvisa assenza dello stesso, il Dott. Livio dal Cin, Direttore della UOC Servizi sociali e socio- sanitari.

I compiti e le responsabilità del RPCT sono disciplinati dall'art. 1, commi 8-10, della L. 190/2012 e dal D. Lgs. 8.4.2013, n. 39 (D. Lgs. 39/2013) e chiarite in specifici provvedimenti adottati da ANAC.

Come indicato da ANAC, da ultimo nel PNA 2022, allegato 3 "Il RPCT e la struttura di supporto", dal punto di vista organizzativo, al fine di garantire che il RPCT svolga il proprio ruolo con autonomia ed effettività, nel corso del 2023 si è provveduto a rafforzare l'Ufficio trasparenza e anticorruzione procedendo ad individuare specifica struttura organizzativa di supporto al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Nel 2025, alla luce delle riorganizzazioni aziendali intervenute successivamente alla suddetta nomina, si provvederà alle necessarie modifiche e/o integrazioni della composizione di tale struttura.

I referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza

Data l'elevata complessità organizzativa dell'Azienda, della sua articolazione per centri di responsabilità ed alla luce delle aree a rischio individuate, per un efficace svolgimento dei compiti del RPCT, sono individuati Referenti della prevenzione della corruzione tutti i direttori di unità operativa complessa, semplice a valenza dipartimentale e semplice, sotto la supervisione dei rispettivi superiori, a seconda della struttura di appartenenza.

È dovere di tutti dipendenti, e in particolar modo dei Referenti della prevenzione della corruzione, collaborare attivamente con il RPCT e, ai sensi dell'art. 16, co. 1-ter, del D. Lgs. 30.3.2001, n. 165 (D.Lgs. 165/2001), adempiere agli obblighi informativi nei confronti dello stesso, dove la cui violazione è ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare.

Nell'allegato n. 2 del PIAO, nel quale sono dettagliati gli obiettivi collegati alle diverse misure e attività previste nella presente sezione, sono altresì indicati i Referenti principalmente coinvolti nello sviluppo, attuazione e monitoraggio delle misure generali.

I Referenti del RPCT, al fine di assicurare, in modo diffuso e capillare, azioni coordinate, attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità nell'Azienda, concorrono, a titolo esemplificativo, a:

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- prevedere, per le attività individuate, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione, assicurando obblighi di informazione nei confronti del RPCT;
- garantire l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione di propria competenza;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- verificare l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché proporre la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- verificare la rotazione degli incarichi negli uffici dagli stessi diretti ed organizzati, preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa, individuando, ove necessario, specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli già previsti da disposizioni di legge.

Il RPCT si riserva la facoltà, in ogni momento, di richiedere a tutti i Referenti della prevenzione ulteriori informazioni o contributi, utili alla prevenzione del rischio di corruzione.

I Referenti del RPCT vengono inoltre coinvolti nella fase di aggiornamento del documento relativo alla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (RASA)

ANAC, con il comunicato del 28.10.2013, ha stabilito che ogni Stazione appaltante deve nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), denominato Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA).

Il PNA 2016 prevede l'indicazione di tale figura per ogni stazione appaltante, ribadendo nel PNA 2022 l'importanza di tale figura per assicurare l'efficacia, la trasparenza ed il controllo dell'azione amministrativa per l'allocatione della spesa pubblica in lavori, servizi e forniture, anche al fine di prevenire fenomeni di corruzione. Con l'adozione del presente documento viene confermato, come Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, il dott. Giuseppe Magliocca, Direttore incaricato dell'UOC Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni.

Internal auditing

La funzione di Internal audit, in staff al Direttore Amministrativo, svolge un'attività indipendente e obiettiva di *assurance* e consulenza finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione, supportandola nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale e sistematico.

La funzione si ispira, nello svolgimento delle proprie funzioni, agli standard professionali emanati dall'*Institute of Internal Auditors* (I.I.A) ed opera sulla base delle indicazioni fornite dal Coordinamento Regionale Rischi Amministrativo – Contabili della Regione del Veneto. La funzione di *Internal auditing* (controllo di terzo livello) collabora con il RPCT, fornendo supporto operativo nella mappatura dei rischi

insiti in ogni processo e promuovendo un sistema di controlli interni, di verifica e di supporto agli *owner* aziendali per l'attivazione di misure di contenimento dei rischi, al fine di valutare e migliorare i processi di *governance* e di controllo.

Ufficio procedimenti disciplinari (UPD)

Con deliberazione del Direttore Generale n. 148 del 31.01.2017, n. 1538 del 10.8.2017, n. 857 del 24.05.2018 e n. 1989 del 14.10.2021 e n. 1721 del 1.9.2022, è stato costituito l'Ufficio procedimenti disciplinari (UPD), in forma monocratica, quale autorità competente per le infrazioni per le quali è prevista l'irrogazione di sanzioni superiori al rimprovero verbale (che rimane a carico del Direttore di Unità Operativa) nei confronti di tutto il personale dipendente. L'UPD è altresì competente per l'espletamento dei procedimenti disciplinari riguardanti i medici specialisti ambulatoriali interni: per tale funzione, l'Ufficio agisce in composizione collegiale, integrato con altri due componenti, in forza della DDG n. 1989 del 14.10.2021 e n. 2052 del 4.10.2024.

Con successiva deliberazione n. 1710 del 07.09.2023 è stato disposto che l'UPD, per l'espletamento dei procedimenti disciplinari riguardanti i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, sia integrato con due componenti, assumendo la denominazione di Ufficio per i procedimenti disciplinari del personale convenzionato (UPDC).

Tale ufficio svolge le seguenti attività:

- gestisce i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis D. Lgs. 165/2001);
- si occupa delle comunicazioni obbligatorie da trasmettere all'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. 3/1957; art.1, co. 3, L. 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- cura assieme al RPCT l'eventuale aggiornamento del Codice di Comportamento dell'amministrazione;
- esamina le segnalazioni di violazione dei codici di comportamento e raccoglie le condotte illecite accertate e sanzionate;
- collabora con il RPCT per quanto riguarda le attività previste dall'art. 15 del D.P.R. 62/2013.

Al fine di poter monitorare l'applicazione all'interno dell'Azienda di quanto disposto dal Codice di comportamento, l'UPD trasmette trimestralmente all'Ufficio trasparenza e anticorruzione l'elenco in forma anonima dei procedimenti disciplinari conclusi con l'indicazione della violazione contestata e sanzionata, oltre a quelli archiviati, estinti e sospesi.

Organismo indipendente di valutazione (OIV)

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità, ai sensi del D. Lgs. 14 .3.2013, n. 33 (D. Lgs. 33/2013) e della L. 190/2012.

Con il D. Lgs. 25.5.2016, n. 97 (D. Lgs. 97/2016) sono state rafforzate le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza con il D. Lgs. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

In particolare, come previsto dal D. Lgs. 25.5.2017, n. 74 (D. Lgs. 74/2017) e come confermato dal PNA 2019 (in linea con i precedenti PNA), gli OIV svolgono le seguenti funzioni:

- verificare la coerenza tra gli obiettivi relativi alla strategia di prevenzione della corruzione aziendale e quelli delle performance, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- promuovere ed attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- esprimere parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione/modifica del Codice Etico e di Comportamento;
- verificare, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che la sezione rischi corruttivi e trasparenza sia coerente con gli obiettivi della programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verificare i contenuti della relazione del RPCT in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza. A tal fine, può chiedere al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo, potendo altresì effettuare audizioni di dipendenti;
- riferire all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- ricevere dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza.

Gli esiti delle attività svolte dall'OIV sono rendicontati nei relativi verbali e attestazioni consultabili sul sito web dell'Azienda.

La gestione dei rischi di corruzione



L'Azienda è orientata alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità. La metodologia per il perseguimento della strategia per la prevenzione del rischio corruttivo dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, così come previsto dalla ISO 31000:2018, indicata dall'allegato 1 del PNA 2019, a cui rimanda il PNA 2022, è dettagliata nelle seguenti fasi, come illustrato nella soprariportata figura:

- analisi dettagliata del contesto in cui si inserisce la mappatura dei processi e la relativa analisi degli stessi rispetto all'esposizione al rischio corruzione;
- identificazione dei rischi, consistente nella ricerca, individuazione e descrizione degli stessi per ciascun processo;
- analisi dei rischi in concreto, consistente nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto);
- ponderazione dei rischi, determinando in tal modo il livello di rischio e quindi la priorità di trattamento;
- trattamento dei rischi, identificando le misure necessarie per trasferire, eliminare, mitigare, accettare il rischio, le fasi e i tempi per l'applicazione delle stesse e gli uffici e soggetti responsabili.

Analisi del contesto esterno

Il contesto nazionale e regionale

Il contesto italiano presenta diversi rischi, dati i casi di corruzione riportati nel territorio italiano nella pubblica amministrazione e in sanità, ma anche opportunità, considerando gli strumenti e le linee guida messe a disposizione da istituti, associazioni ed autorità, oltre a normative che stanno agendo contro la corruzione. *Transparency International Italia* pubblica annualmente, al seguente link: <https://transparency.it/>, l'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli non corrotti. In base agli ultimi dati disponibili nel 2023 l'Italia si è classificata al 42° posto nel mondo sui 180 Paesi oggetto dell'analisi, con un punteggio di 56/100; a livello europeo al 17° posto su 27 paesi membri dell'Unione europea, dove il punteggio medio è di 65/100.

Quanto alla Regione Veneto, si fa rinvio alle relazioni semestrali della Direzione investigativa antimafia (Dia) consultabili al seguente link: <https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/relazioni-semestrali/>.

Sanità

In tale ambito, i settori maggiormente esposti sono:

- l'accreditamento istituzionale, con i rimborsi e la conferma dei requisiti;

- il settore farmaceutico e protesico, esposto ai rischi legati alla sperimentazione e all'innovazione, nonché al rischio di eventuali accordi collusivi tra operatore sanitario e case farmaceutiche, che favoriscono la prescrizione di certi farmaci o strumentazioni;
- l'affidamento degli incarichi sia interni che esterni;
- l'ambito della digitalizzazione della sanità dove alto è il rischio di richieste illecite volte ad ottenere la condivisione di dati sanitari o altri flussi informativi da parte di imprese farmaceutiche, assicurative, di servizi per la cura alla persona e di giganti informatici che puntano a profilare i pazienti per poi venderne le caratteristiche a terzi;
- l'area dei contratti pubblici, tra le aree di rischio più sensibili, maggiormente esposta anche al pericolo di conflitto d'interessi, quando chi propone i materiali risulta essere anche colui che poi li utilizza;
- la gestione delle liste d'attesa e i decessi in ambito intraospedaliero, in cui si potrebbero effettuare illecite segnalazioni anticipate a specifiche imprese funebri in cambio di compensi o favori.

La corruzione in sanità, fenomeno che non riguarda solo il nostro Paese, ma anche le altre nazioni europee, provoca perdite importanti nei finanziamenti pubblici.

Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere il sistema delle responsabilità e il livello di complessità dell'amministrazione.

Per quanto riguarda la struttura organizzativa dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana si rimanda alla descrizione contenuta all'interno della sezione Organizzazione e capitale umano.

L'aspetto centrale dell'analisi del contesto interno è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nell'individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

L'azienda ha intrapreso un percorso di riorganizzazione basato su un approccio per processi, a cui associare la gestione del rischio, così come suggerito dalla nuova ISO 9001 2015 e dalla ISO 31000 2018. In linea con la strategia aziendale, si definiscono i processi aziendali e il livello di performance ad essi relativi da monitorare e migliorare. Il dettaglio di tale analisi è contenuto nell'allegato 1 della presente sezione del PIAO.

La definizione e mappatura dei processi mira ad esaminare gradualmente l'intera attività svolta (come previsto anche dal PNA 2019). Dall'anno 2019 è stata avviata un'attività integrata di CRSA (*Control Risk Self Assessment*) che ha permesso di mappare e valutare la quasi totalità dei processi aziendali, armonizzando la metodologia proposta da Azienda Zero per il controllo interno con la ISO 31000 e le linee guida fornite da ANAC per la stesura dei piani aziendali. In particolare l'attività si è svolta attraverso le fasi, di seguito descritte, di validazione della mappatura dei processi, di autovalutazione della rischiosità complessiva dei processi e di valutazione dei rischi specifici identificati.

Mappatura dei processi

L'Azienda ha identificato un unico elenco aziendale, che nel tempo è stato revisionato ed affinato così da ottenere, come previsto anche dal PNA 2022, una mappatura dei processi unitaria, ossia integrata con gli altri sistemi di gestione.

Autovalutazione della rischiosità complessiva dei processi

Nel 2024, in Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, sono stati autovalutati, mediante uno specifico modulo Google reso disponibile alle unità operative, n. 94 processi: per n. 79 di questi è stato rivalutato/confermato l'indice di rischio corruttivo. I risultati delle valutazioni riguardanti la rischiosità dei processi sono riportati nell'allegato 1.

La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione del rischio

Dando priorità ai processi definiti ad alto e medio rischio di corruzione, è necessario identificare, analizzare e ponderare i rischi specifici che si possono verificare nelle diverse fasi del processo (valutazione del rischio).

All'interno dell'Azienda sono stati valutati i rischi specifici di complessivi n. 55 processi, corredati del relativo registro dei rischi, che per alcuni è condiviso. I n. 49 registri dei rischi sono resi disponibili per i dipendenti nella seguente sezione dell'intranet aziendale <https://intranet.aulss2.veneto.it/web/prevenzione-della-corruzione/gestione-del-rischio/registri-dei-rischi>. Nel corso del 2024, seguendo la metodologia del CRSA, sono stati aggiornati i registri dei rischi specifici di corruzione di n. 12 processi.

Identificazione dei rischi specifici

Costituiscono oggetto di analisi, per l'identificazione dei rischi specifici, le singole fasi e/o attività in cui si scompone un processo. Per l'identificazione degli eventi rischiosi sono state adottate le seguenti tecniche:

- ricerca e analisi di documentazione relativa al processo (mappature di processo e/o registro dei rischi utilizzate in passato, risultati dell'attività di monitoraggio di RPCT o *internal auditor*, eventi rischiosi enucleati nel PNA) o riguardante l'analisi del contesto interno e/o esterno;
- brainstorming con il gruppo di lavoro e incontri da parte di RPCT, Innovazione e Sviluppo Organizzativo e Internal Auditing con gli *owner* del processo e/o con associazioni e portatori di interesse esterni.

I rischi identificati sono riportati nella prima parte dei registri dei rischi nell'allegato 1 del PIAO.

Ciascun rischio individuato viene classificato in 3 categorie:

- amministrativo contabile, che comporta non attendibilità delle informazioni contabili, finanziarie e operative;
- *compliance*, derivante da mancanza di conformità a leggi, regolamenti, procedure o prassi interne;
- frode, riguardante azioni/comportamenti che in modo illecito e disonesto procurano guadagni/benefici a determinati soggetti e che sono contrari agli obiettivi dell'organizzazione o tali da ledere i diritti di altri soggetti (Allegrini *et al.*, 2003). Il rischio di corruzione si inserisce quindi all'interno di questa categoria.

Analisi e ponderazione dei rischi specifici

Considerando le indicazioni del PNA 2019, si è deciso di adottare la metodologia proposta da Azienda Zero per l'*Internal Auditing* anche per la valutazione dei rischi di corruzione in modo da sfruttare l'opportunità di approfondire ed utilizzare un unico metodo di valutazione. Si tratta di un approccio semi quantitativo basato sul *self assessment* (CRSA).

Il gruppo di lavoro e gli *owner* di processo che hanno individuato i rischi specifici, coordinati da RPCT e *Internal Auditing*, hanno proceduto alla relativa analisi sulla base di n. 4 *item* relativi a probabilità (la frequenza con cui si compie l'attività, la discrezionalità, la storicità di problematiche riscontrate ed il livello dell'informatizzazione) e n. 2 concernenti l'impatto (economico e di immagine). Le scale adottate prevedono un punteggio da 1 a 5, la cui scelta, effettuata dal gruppo di lavoro, deve essere basata, ove possibile, su dati oggettivi (es. frequenza dell'attività, raccolta delle problematiche riscontrate), pur risentendo della soggettività derivante dall'adozione di uno strumento di autovalutazione. L'indice di rischio (IR) viene quindi calcolato come $IR = \text{probabilità} * \text{impatto}$.

Anche i risultati dell'analisi del rischio vanno inseriti nel registro dei rischi. Con tale indicatore si misura il rischio lordo, ossia il rischio inerente (escludendo eventuali controlli esistenti o futuri). Il PNA 2019 invita ad adottare un approccio di tipo qualitativo nella valutazione del rischio. Per tale motivo il rischio viene valutato secondo una scala di valore che comprende le seguenti graduazioni: basso, medio basso, medio, medio alto, alto.

Trattamento del rischio: misure specifiche e azioni di miglioramento

Come indicato nell'allegato 1 del PNA 2013 e nel PNA 2019, la fase di trattamento del rischio consiste nell'identificazione delle misure idonee a gestire il rischio corruttivo cui l'organizzazione è esposta e nella programmazione delle modalità della loro attuazione.

Le risposte in fase di trattamento possono essere di eliminazione, mitigazione, trasferimento o accettazione del livello di rischio.

Le misure di prevenzione della corruzione sono azioni atte a contenere il livello di rischio, agendo sul fronte della probabilità, oppure su quello dell'impatto o su entrambi. Possono essere generali (quando intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione) o specifiche (quando agiscono in maniera puntuale su specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano per l'incidenza su

problemi specifici). Ogni misura deve essere specifica e puntuale e ne deve essere progettata l'attuazione in termini di tempi e responsabilità. Le misure, esistenti o future, vanno valutate in modo da misurare il rischio residuo, ossia il livello di rischio ottenuto dopo aver applicato le misure. La misurazione avviene, per quanto possibile, anche considerando misure future in modo da poter avere una stima del rischio residuo dopo l'implementazione della misura. Anche il rischio residuo viene valutato in base ad un approccio di tipo qualitativo, secondo una scala di valore che comprende le seguenti graduazioni: basso, medio basso, medio, medio alto, alto. Nei registri dei rischi dell'allegato 1 del PIAO sono riportate le singole misure specifiche individuate.

Gli obiettivi collegati alle diverse misure e attività previste nella presente sezione sono dettagliati nell'allegato 2 del PIAO.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Mappatura dei processi, valutazione e trattamento dei rischi specifici	Autovalutazione dell'indice di rischio corruttivo dei processi aziendali a rischio corruzione	Questionari di autovalutazione dei processi mappati	100%	100%	Owner dei processi interessati
	Aggiornamento registri dei rischi seguendo la metodologia del CRSA	Numero di registri dei rischi aggiornati rispetto al numero di processi a rischio corruttivo	10%	10%	Owner dei processi interessati; Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo; Ufficio Internal audit, Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Attuare le misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati per Indice di Rischio (IR)	Numero di misure specifiche di trattamento applicate rispetto al numero di misure di trattamento previste	100%	100%	Owner dei processi interessati

Misure generali per la prevenzione del rischio di corruzione

La formazione

La formazione in materia di prevenzione della corruzione, etica, integrità e trasparenza, prevista da specifiche disposizioni contenute nella legge 190/2012 (art. 1, co. 9, lett. b) e c) nonché dai PNA 2013, 2015 e 2019, è una misura di prevenzione della corruzione da disciplinare e programmare adeguatamente, soprattutto per le attività a più alto rischio corruttivo.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana intende favorire pienamente l'attuazione delle raccomandazioni emanate nei PNA, adottando un programma di formazione strutturato su due livelli:

- livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, che riguarda prevalentemente le tematiche dell'etica, della legalità, dell'integrità dell'azione amministrativa e della trasparenza;
- livello specifico, comprensivo di tecniche di Risk Management, rivolto al RPCT, ai referenti, ai dirigenti e ai titolari di posizione organizzativa addetti alle aree a maggior rischio corruttivo, con percorsi differenziati per contenuti e livelli di apprendimento, in relazione al ruolo svolto in Azienda.

La formazione relativa alla prevenzione della corruzione viene programmata nel Piano triennale della formazione adottato dall'Azienda. Il fabbisogno e le iniziative formative sui temi di anticorruzione sono vagliati e approvati da un Comitato Scientifico ECM nel quale sono presenti anche i coordinatori della Formazione e il RPCT (DDG n. 2389 del 9.12.2021 e DDG n. 1289 del 23.6.2023). L'Azienda, inoltre, monitora e verifica il grado di efficacia di ciascun corso formativo attraverso la somministrazione ai soggetti destinatari della formazione di questionari di apprendimento e di gradimento.

La selezione dei dipendenti, destinatari della formazione specifica, avviene sulla base delle indicazioni fornite dai referenti del RPCT.

Il PNA 2019 sottolinea in particolare la necessità di formare tutti i dipendenti pubblici sulle regole di condotta del codice di comportamento nazionale (DPR 62/2013) e del codice aziendale.

Il D.P.R. 81/2023, che ha integrato i doveri di comportamento previsti dal D.P.R. 62/2013, ha previsto l'obbligo di programmare le attività formative specifiche anche in materia di etica e comportamento etico. Tali materie saranno pertanto oggetto di formazione ai dipendenti dei prossimi anni.

Nel corso del 2024 è stata realizzata per intero l'attività formativa programmata.

Nel Piano formativo aziendale 2025, approvato dal Comitato scientifico nel corso della riunione del 4.12.2024 e adottato con DDG n. 2814 del 24.12.2024, sono stati inseriti specifici corsi in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza, quali la somministrazione della FAD sul codice di comportamento, uno specifico corso residenziale sul codice di comportamento rivolto ai titolari di incarichi di funzione, una formazione sul campo dedicata alle unità operative che si occupano dell'approvvigionamento di beni e servizi e un convegno sulla prevenzione dei rischi corruttivi, amministrativo contabili e di *compliance*.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire la formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Realizzare corsi e attività formative in tema di anticorruzione	Corsi realizzati su corsi inseriti nel piano formativo	100%	100%	RPCT, UOSD Formazione, Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Formazione dei neoassunti	Personale formato rispetto al personale neoassunto	75%	75%	RPCT, UOSD Formazione, Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Formazione dei referenti del RPCT o di altro personale individuato	Personale formato rispetto al numero dei referenti o di altro personale individuato	75%	75%	RPCT, UOSD Formazione, Ufficio trasparenza e anticorruzione

La rotazione ordinaria del personale

La rotazione del personale nelle aree a più elevato rischio di corruzione è una misura generale di prevenzione della corruzione e assume particolare rilievo nei confronti del personale addetto alle aree a rischio; risponde all'esigenza di limitare la permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione per prevenire il consolidarsi di posizioni che possono degenerare in dinamiche improprie dell'attività (pressioni esterne sul dipendente o rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate).

Come evidenziato da ANAC, nel PNA 2019, allegato 2 "la rotazione ordinaria del personale", le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono connesse a vincoli oggettivi (che riguardano l'assetto organizzativo dell'ente e soggettivi (connessi ai diritti individuali dei dipendenti in quanto le amministrazioni sono tenute ad adottare misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti).

Al riguardo, il PNA 2016 - § VII Sanità - sottolinea come in questo settore l'applicabilità del principio di rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Ciò vale in particolare per l'area clinica, che è sostanzialmente vincolata dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

C'è uno stretto collegamento tra la rotazione del personale ed altre misure di prevenzione della corruzione, tra cui la formazione: una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi infatti garantisce che siano acquisite dai dipendenti le competenze professionali e trasversali necessarie per dar luogo alla rotazione.

Ove non sia possibile utilizzare la rotazione ordinaria, come indicato da ANAC, è necessario operare scelte organizzative e/o adottare altre misure che possano avere effetti analoghi (es. rafforzamento misure di trasparenza, compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio, meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, affidamento a più persone delle varie fasi procedurali, rotazione funzionale mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, doppia sottoscrizione degli atti, lavori in *team*). Nel 2024 l'Azienda ha applicato la rotazione ordinaria del personale, dal momento che risultano complessivamente prorogati e conferiti n. 718 incarichi a personale del comparto e, per quanto riguarda la

dirigenza, n. 7 incarichi per la dirigenza professionale tecnica e amministrativa (PTA), di cui n. 5 gestionali e n. 2 professionali.

È inoltre stato definito, da parte del Dipartimento di Prevenzione, il Regolamento del personale con funzioni di vigilanza e controllo del comparto afferente ai servizi del Dipartimento di prevenzione, che ad oggi è in corso di approvazione.

Anche nel corso del 2025 l'Azienda continuerà a valutare la possibilità di attuare, nelle aree a più elevato rischio corruttivo, la rotazione del personale, avendo cura di fare ricorso, in alternativa, come indicato da ANAC, all'applicazione di misure che possano avere effetti analoghi.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire la rotazione ordinaria del personale	Attuare la rotazione ordinaria o individuare e applicare misure alternative	Lettera/provvedimento di spostamento del personale o evidenze dell'applicazione di misure alternative	Sì	Sì	Direttore /Responsabile di unità operativa
	Attuare la rotazione funzionale e organizzativa/territoriale tra il personale tecnico della prevenzione	Numero di ispezioni effettuate seguendo i criteri di rotazione funzionale e organizzativa/ territoriale sul numero delle ispezioni totali	100%	100%	Direttori dei servizi del Dipartimento di prevenzione in cui opera il personale tecnico della prevenzione
	Monitorare l'attuazione della rotazione funzionale e organizzativa/territoriale tra il personale tecnico della prevenzione	Effettuare verifiche a campione sull'applicazione dei criteri di rotazione funzionale e organizzativa/ territoriale nelle ispezioni	6	12	UOS Professioni sanitarie del dipartimento di prevenzione

La rotazione straordinaria del personale

La rotazione straordinaria è una misura di prevenzione della corruzione di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi, da attuarsi in caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

L'ANAC, con delibera n. 215 del 26.3.2019, ha chiarito quali sono le "condotte di natura corruttiva" che impongono la misura della rotazione straordinaria e quali i casi in cui l'adozione del provvedimento sulla rotazione straordinaria è invece facoltativa.

Nel 2023, in attuazione delle indicazioni di ANAC, è stato approvato, con DDG n. 2349 del 15.12.2023, il Regolamento aziendale per l'attuazione della rotazione straordinaria del personale interessato da procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. Nell'anno 2024 non si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire la rotazione straordinaria a seguito di avvio di procedimenti penali o disciplinari nei confronti dei dipendenti	Trasmettere al RPCT le decisioni assunte in merito alla rotazione straordinaria	Numero di decisioni comunicate rispetto al numero di decisioni assunte dai Direttori	100%	100%	Direttore /Responsabile di unità operativa

Il codice di comportamento dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana

Il Codice dell'Azienda, che integra e specifica le regole del codice nazionale (DPR 62/2013), è uno strumento che indica i principali doveri di comportamento. Entrambi i codici di comportamento devono essere rispettati da tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per l'Azienda, dai consulenti e dai collaboratori di imprese fornitrici di beni e/o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

Con riferimento al rilievo giuridico del codice di comportamento, sia nazionale sia dell'amministrazione, si fa presente che la violazione dei doveri ivi contenuti è fonte di responsabilità disciplinare, ferme restando le ipotesi di responsabilità penale, civile, amministrativa-contabile e dirigenziale del soggetto.

La vigilanza sul rispetto dei codici di comportamento spetta in primo luogo ai dirigenti responsabili di ciascuna struttura (art. 54, co. 6, del D. Lgs. 165/2001; artt. 13 e 15 del D.P.R. 62/2013) per l'ambito di propria competenza, in relazione alla natura dell'incarico e ai connessi livelli di responsabilità.

Con cadenza annuale il Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane e l'UPD relazionano al RPCT in ordine alle segnalazioni ricevute in merito alle violazioni del codice di comportamento, ai procedimenti disciplinari attivati e alle sanzioni eventualmente irrogate. I dettagli sull'attività svolta dall'UPD sono riportati nell'annuale relazione del RPCT all'ANAC.

A seguito di specifica richiesta avanzata dal RPCT, con nota in data 31 marzo 2023, al fine di poter monitorare l'applicazione all'interno dell'Azienda di quanto disposto dal Codice di comportamento, l'UPD trasmette trimestralmente all'Ufficio trasparenza e anticorruzione l'elenco in forma anonima dei procedimenti disciplinari conclusi con l'indicazione della violazione contestata e accertata.

In considerazione delle modifiche apportate al DPR n. 62/2013, Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, da parte del DPR n. 81 del 13.06.2023, ha adottato, con DDG n. 2356 del 13.11.2024, il nuovo Codice di comportamento, che è stato diffuso tra tutto il personale, con nota prot. n. 209282 del 15.11.2024 e pubblicato nell'*homepage* del sito internet aziendale e mediante *news* nell'area intranet del sito.

Ad integrazione del Codice, l'Azienda si è dotata dei seguenti strumenti:

- il regolamento recante la Social media policy aziendale, adottato con DDG n. 1790 del 22.09.2023;
- l'aggiornamento delle "Istruzioni operative sulla gestione della posta elettronica".

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Rispetto e diffusione del codice di comportamento	Verifica delle segnalazioni di violazioni del codice di comportamento pervenute	Numero di segnalazioni esaminate rispetto al numero di segnalazioni ricevute	100%	100%	Ufficio per i procedimenti disciplinari

Il conflitto di interessi

La prevenzione di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi. Si configura una situazione di conflitto di interessi laddove la cura dell'interesse pubblico, cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata, pregiudicando l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale dell'amministrazione, per favorire il soddisfacimento di interessi personali del medesimo funzionario o di terzi con cui sia in relazione secondo quanto precisato dal legislatore. Si tratta di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria. Il conflitto di interessi è, infatti, definito dalla categoria della potenzialità e la disciplina in materia opera indipendentemente dal concretizzarsi di un vantaggio.

La normativa in materia di conflitto è prevista sia nel Codice di comportamento per i dipendenti pubblici (artt. 7 e 14 del DPR 62/2013), sia nella legge sul procedimento amministrativo (art. 6 *bis* L. 241/1990), in cui sono previsti l'obbligo per il dipendente/responsabile del procedimento di comunicazione della situazione di conflitto e di astensione al responsabile dell'unità di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto, pena la responsabilità disciplinare del dipendente e fatte salve le eventuali ulteriori responsabilità civili, penali e amministrative e contabili. L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana nel corso degli anni è intervenuta in materia adottando diversi regolamenti specifici:

- regolamento per la gestione del procedimento amministrativo, adottato con DDG n. 7 del 10.01.2019;
- regolamento per la partecipazione del personale dipendente ad eventi di aggiornamento o formativi con spese a carico di soggetti terzi (sponsorizzazioni), adottato con DDG n. 1230 del 19.07.2018;
- regolamento attività libero professionale intramuraria, modificato con DDG n. 2469 del 22.12.2023;
- regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi e delle attività extra istituzionali del personale dipendente, adottato con DDG n. 1194 del 16.6.2023;

- regolamento per il funzionamento dell'Unità per la ricerca clinica (URC) e per la gestione delle ricerche cliniche in Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, adottato con DDG n. 1829 del 28.9.2023.

Procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interessi

Come raccomandato nel PNA 2019, parte III, § 1.4 - Conflitto di interessi – è opportuno individuare una procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interessi. La materia è ora disciplinata agli artt. 5 e 6 del codice di comportamento aziendale, adottato con DDG n. 2356 del 13.11.2024, ai quali si rimanda.

Il conflitto di interessi dei componenti delle commissioni gara per l'affidamento dei contratti pubblici.

Un ambito in cui è particolarmente sentita la necessità di introdurre misure per la gestione dei conflitti di interessi è quello degli acquisti (*Procurement*). Il PNA 2022 ha dedicato una sezione specifica al conflitto di interessi in materia di contratti pubblici, dando indicazioni in merito all'ambito di applicazione della normativa e alle misure di prevenzione del conflitto di interessi da adottare in ogni stazione appaltante.

Il D. Lgs. 36/2023, all'art. 16, ha definitivamente e delineato le situazioni di conflitto nell'ambito dello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzioni degli appalti e delle concessioni. Le relazioni pervenute al RPCT hanno confermato l'utilizzo, presso varie unità operative, di modulistica *ad hoc* sul conflitto di interessi, motivo per cui anche nel corso del 2025 si continuerà ad agevolarne l'utilizzo per le diverse categorie di soggetti interessati dall'applicazione della misura.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Gestione e prevenzione del conflitto di interessi	Acquisizione delle dichiarazioni rese dai collaboratori/consulenti in merito a situazioni di conflitto d'interesse	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di incarichi conferiti	100%	100%	Owner dei processi interessati

Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Al fine di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente portatrici di conflitto di interessi o, comunque, ogni possibile situazione contrastante con il principio costituzionale di imparzialità, si applica agli incarichi dirigenziali la disciplina delle inconferibilità e delle incompatibilità prevista dal D.Lgs. 39/2013. Per "inconferibilità" si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal succitato decreto e per "incompatibilità" l'obbligo per il soggetto a cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione/svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

La UOC Affari generali e legali ha acquisito le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità dai componenti della Direzione strategica. Le verifiche non hanno evidenziato criticità. La UOC Gestione delle risorse umane ha acquisito le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità rese per gli incarichi di direzione di struttura complessa dell'area professionale tecnica e amministrativa. Le verifiche non hanno evidenziato criticità.

Nell'anno 2025 si continuerà a curare la raccolta e la pubblicazione delle dichiarazioni previste.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi	Acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità rese dalla Direzione strategica e dal personale interessato	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di incarichi conferiti	100%	100%	UOC Affari generali e legali, UOC Gestione risorse umane

Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici in caso di condanna penale

Ai sensi dell'art. 35-*bis* del D. Lgs. 165/2001, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non definitiva, per reati contro la P.A. (previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale), non possono:

- far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

A tal fine, i soggetti interessati sottoscrivono una dichiarazione in cui attestano l'assenza di condanne penali relative ai reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale; gli uffici competenti effettuano le opportune verifiche, anche mediante richiesta dei certificati del casellario giudiziale.

Le unità operative interessate dalla misura in oggetto hanno dichiarato, nelle relazioni rese al RPCT, di aver fatto sottoscrivere nel corso del 2024 le dichiarazioni in cui gli interessati attestano l'assenza di condanne penali. Nel corso del 2025 si procederà a monitorare l'applicazione di tale misura.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire il rispetto dell'art. 35- <i>bis</i> del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165	Acquisizione delle dichiarazioni relative al rispetto dell'art. 35- <i>bis</i> del D.Lgs. 165/2001	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di commissari di concorso/gara nominati	100%	100%	Owner dei processi interessati

Svolgimento di incarichi di ufficio – attività ed incarichi extra istituzionali

Per lo svolgimento delle attività extra istituzionali, l'art. 53 del D. Lgs. 165/2001 prevede un regime di autorizzazione, da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati, al fine di evitare che si verifichino situazioni di conflitto di interessi e che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

L'Azienda, con DDG n. 1194 del 16.6.2023, ha adottato un regolamento per la disciplina gli incarichi e le attività extra istituzionali dei dipendenti, comprensivo della procedura di rilascio dell'autorizzazione.

Le autorizzazioni sono rilasciate dall'UOC Risorse umane e successivamente pubblicate ai sensi degli artt. 18 del D.lgs. n. 33/2013 e 53, co. 14, del D.lgs. n. 165/2001 nella sottosezione di secondo livello "Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti/Personale della sezione Amministrazione trasparente". La pubblicazione amplifica l'efficacia della misura generale in oggetto aggiungendo il potenziale controllo anche da parte di soggetti esterni. Nel 2024 non sono pervenute segnalazioni di incarichi extra-istituzionali non autorizzati.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra	Rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi d'ufficio e extra-istituzionali secondo i criteri previsti dal nuovo Regolamento sul regime degli incarichi esterni conferiti ai dipendenti	Numero di autorizzazioni rilasciate nel rispetto dei criteri rispetto al numero di autorizzazioni rese	100%	100%	UOC Gestione risorse umane

istituzionali	Verifica delle eventuali segnalazioni pervenute aventi ad oggetto lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	Numero di segnalazioni esaminate rispetto al numero di segnalazioni pervenute	100%	100%	UOC Gestione risorse umane
---------------	---	---	------	------	----------------------------

Svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. *Pantouflage – Revolving doors*)

L'art. 53, co. 16-ter, del D. Lgs. 165/2001 prevede che i dipendenti i quali negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, non possano svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La normativa prevede, inoltre, che i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

S'intende evitare che il dipendente, durante il periodo di servizio, possa preconstituire situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro attrattivo presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

ANAC, con delibera n. 4793 del 25.9.2024, ha adottato le nuove linee guida in materia, fornendo indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori riguardanti il divieto di *pantouflage*, ad integrazione di quanto indicato già nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022. Ciò allo scopo di affinare le indicazioni già elaborate in passato, orientando ancor meglio le amministrazioni/enti nell'individuazione di misure di prevenzione del *pantouflage*.

In Azienda, le unità operative complesse deputate all'approvvigionamento di beni, servizi e lavori, come indicato dal bando tipo n. 1, prevedono nei propri documenti di gara l'esclusione degli operatori economici che trattino con la pubblica amministrazione, in violazione del divieto di cui all'art. 53, co. 16-ter, del D. Lgs. 165/2001 e acquisiscono specifica autodichiarazione da parte degli operatori economici partecipanti. Dalle relazioni, dalla documentazione prodotta e dalle verifiche a campione effettuate è emerso che le suddette unità operative applicano la disciplina relativa al *pantouflage*, inserendo specifiche clausole nella documentazione di gara e richiedendo ai partecipanti apposite dichiarazioni a riguardo.

La UOC Gestione risorse umane consegna uno specifico modello di informativa sul *pantouflage* e relativa dichiarazione al personale che cessa del comparto e della dirigenza afferente ad una serie di unità operative considerate maggiormente esposte al rischio di *pantouflage*. Nel corso del 2025 si procederà a monitorare l'applicazione di tale misura.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire la diffusione del divieto di <i>Pantouflage - revolving doors</i>	Inserimento delle relative clausole nella documentazione di gara	Numero di gare con documentazione completa rispetto al numero di gare pubblicate	100%	100%	Owner dei processi interessati
	Acquisizione delle dichiarazioni di <i>pantouflage</i> rese dal personale tenuto a rendere la dichiarazione, cessato dal servizio nel corso dell'anno	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di dipendenti cessati dal servizio che devono rendere la dichiarazione	100%	100%	UOC gestione risorse umane

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. *whistleblower*)

Il *whistleblower* è la persona che segnala al RPCT o all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), divulga o denuncia all'autorità giudiziaria comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica, di cui sia venuta a conoscenza nell'ambito del proprio contesto lavorativo. La recente normativa (D.Lgs. 10 marzo 2023 n. 24) ha ampliato sia il novero dei soggetti che

possono effettuare segnalazioni, sia le condotte che possono essere segnalate perché lesive dell'interesse pubblico o dell'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato. Le segnalazioni, che devono essere effettuate sempre nell'interesse pubblico o nell'interesse alla integrità dell'amministrazione pubblica, possono avvenire tramite uno dei seguenti canali:

1. interno (nell'ambito del contesto lavorativo);
2. esterno (ANAC);
3. divulgazione pubblica (tramite la stampa, mezzi elettronici o mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone);
4. denuncia all'Autorità giudiziaria o contabile.

L'Azienda, per quanto riguarda l'istituzione del canale interno di segnalazione, prevede che la segnalazione possa essere effettuata:

- attraverso apposito strumento informatico di crittografia
- in forma scritta con consegna al RPCT.

La gestione della segnalazione è a carico del RPCT, il quale avvisa il segnalante del ricevimento della segnalazione entro 7 giorni ed è tenuto a definire l'istruttoria e a fornire riscontro alla segnalazione entro 3 mesi dalla data dell'avviso di ricevimento.

L'Azienda assicura le tutele previste dalla normativa, quali:

- la tutela della riservatezza dell'identità del segnalante, dei facilitatori, delle persone coinvolte o menzionate;
- la sottrazione della segnalazione all'accesso agli atti amministrativi e all'accesso civico generalizzato;
- la protezione del segnalante, dei facilitatori, delle persone coinvolte o menzionate nella segnalazione dalle ritorsioni poste in essere in ragione della segnalazione;
- la causa di non punibilità per chi riveli o diffonda informazioni sulle violazioni coperte dall'obbligo di segreto, diverso da quello professionale forense e medico o relative alla tutela del diritto d'autore o alla protezione dei dati personali ovvero se, al momento della segnalazione, denuncia o divulgazione, aveva ragionevoli motivi di ritenere che la rivelazione o diffusione delle informazioni fosse necessaria per effettuare la segnalazione e la stessa è stata effettuata nelle modalità richieste dalla legge.

Le suddette tutele non sono garantite quando è accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di diffamazione o di calunnia o comunque per i medesimi reati commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria o contabile ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave.

Il Regolamento aziendale in materia, già adottato con DDG n. 2518 del 30.12.2022, è stato sostituito dal testo approvato con DDG n. 1413 del 13.07.2023, avente per oggetto "Regolamento in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali e del diritto dell'Unione europea (c.d. *whistleblowing*)", al fine di consentire l'adeguamento della disciplina aziendale a quanto previsto dalla nuova e dalle specifiche linee guida aggiornate da ANAC. L'Azienda ha inoltre stabilito che:

- il ruolo di custode delle identità coincida con quello di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. A modifica di quanto stabilito con DDG n. 1413 del 13.07.2023, nel caso in cui il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza si trovi in posizione di conflitto di interessi in relazione alla segnalazione da presentare o presentata, con il presente atto viene individuato, quale soggetto idoneo a sostituirlo nella ricezione, gestione e analisi della segnalazione il Dott. Livio dal Cin, Direttore della UOC Servizi sociali e socio-sanitari;
- nella gestione e analisi delle segnalazioni particolarmente complesse, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza possa venir supportato dal dott. Carlo Frattin, Direttore UOC Affari generali e legali;
- i predetti soggetti sono individuati quali autorizzati al trattamento dei dati personali relativi alle segnalazioni, nei limiti e con l'osservanza di quanto previsto nel nuovo Regolamento adottato e nelle specifiche Linee guida emanate in materia da ANAC.

L'adozione del nuovo regolamento è stata comunicata a tutto il personale sia con nota prot. n. 130154 del 14.07.2023, sia mediante pubblicazione di specifica news nell'intranet del sito internet aziendale. Inoltre, si è provveduto a rendere note le informazioni sui canali di segnalazione anche attraverso specifica informativa esposta all'interno dei locali aziendali come previsto dall'art. 5 del D.Lgs. n. 24/2023. Si è provveduto ad implementare la pagina di amministrazione trasparente dedicata alla segnalazione di illeciti,

specificandone meglio il contenuto. Al fine di consentire la fruibilità della stessa, è stato inserito un link nell'area intranet del sito aziendale dedicata alla prevenzione della corruzione. All'interno della FAD sul codice di comportamento è prevista una specifica sezione dedicata all'istituto del whistleblowing, aggiornata a seguito delle novità normative intervenute. Nel corso del 2024 è stata conclusa la gestione di una segnalazione pervenuta nel corso del 2024. È inoltre pervenuta una nuova segnalazione anonima la cui valutazione è in corso. Nel corso del 2025 si procederà a monitorare l'applicazione di tale misura.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire riservatezza e anonimato nelle segnalazioni di illeciti	Esaminare le segnalazioni ricevute secondo i tempi procedurali	Numero segnalazioni esaminate rispetto a quelle pervenute	100%	100%	RPCT

Protocollo di legalità e Patti di integrità

Come precisato da ANAC, i patti di integrità e i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara d'appalto. Essi mirano a stabilire un complesso di regole di comportamento finalizzati a prevenire fenomeni di corruzione e a valorizzare comportamenti eticamente adeguati a tutti i concorrenti e per il personale aziendale impiegato ad ogni livello nell'espletamento delle procedure di affidamento di beni, servizi e lavori e nel controllo dell'esecuzione del relativo contratto assegnato.

Oltre alle dichiarazioni di natura comportamentale a sostegno della legalità in tali patti viene previsto che le stazioni appaltanti possono escludere il partecipante dalla gara nel caso di mancata accettazione del patto, revocare l'aggiudicazione e risolvere il contratto nei casi in cui venga accertata la violazione delle clausole pattuite.

In data 6 aprile 2017, L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha sottoscritto con la Prefettura di Treviso - Ufficio Territoriale del Governo il Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici, corredato dello schema di "Patto d'integrità in materia di contratti pubblici". In data 17 settembre 2019, il Presidente della Giunta regionale ha sottoscritto con gli Uffici Territoriali del Governo del Veneto il rinnovato Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, il cui schema è stato approvato dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 951 del 2 luglio 2019.

Stante la sua durata triennale, il Protocollo è scaduto il 16 settembre 2022. La Regione Veneto, con nota prot. n. 479297 del 14 ottobre 2022, nelle more dell'adozione del nuovo Protocollo, ha raccomandato alle aziende sanitarie di applicare, nella predisposizione della documentazione dei bandi di gara relativa alle procedure di affidamento avviate anche successivamente alla data di scadenza del Protocollo, le medesime istruzioni operative impartite alle strutture ed amministrazioni regionali, invitandole quindi a continuare ad inserire nella documentazione di gara le clausole e le condizioni contrattuali idonee ad incrementare la sicurezza degli appalti e la trasparenza nelle relative procedure, atteso che le stesse, se applicative della normativa antimafia e delle misure di previste dall'art. 32 del D.L. 90/2014, possono essere inserite nella documentazione di gara con valenza di Patto di integrità, purché specificatamente accettate dall'operatore economico.

Pertanto ai contratti pubblici di lavori, servizi e forniture dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, si applicano le clausole pattizie di cui al Protocollo di Legalità sottoscritto dalla Regione Veneto in data 17.9.2019, consultabile sul sito della Giunta Regionale: (<http://www.regione.veneto.it/web/lavori-pubblici/protocollo-di-legalita>), nonché le clausole pattizie di cui al "Patto d'integrità in materia di contratti pubblici" sottoscritto con la Prefettura – Ufficio territoriale del Governo di Treviso, in data 1.6.2017, ai fini della prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata. Il Patto di Integrità viene allegato al Disciplinare di gara e sottoscritto per accettazione dal titolare/legale rappresentante della Ditta che intende partecipare alla procedura di gara. Le unità operative Servizi tecnici e patrimoniali,

Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni e Servizi sociali e sociosanitari, che eseguono gare, hanno dichiarato, relativamente al 2024, di inserire il patto di integrità nella documentazione di gara.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità	Inserimento del patto/protocollo nei bandi/avvisi	Numero di gare con documentazione completa rispetto al numero di gare pubblicate	100%	100%	Owner dei processi interessati

La trasparenza

Gli obblighi di pubblicazione

La trasparenza, ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 33/2013, è intesa come *“accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”*.

All'interno della presente sezione sono individuate misure e strumenti attuativi degli obblighi di trasparenza e di pubblicazione, previsti dalla normativa vigente e volti ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi ai sensi degli articoli 10 e 43, co. 3 del D.Lgs. n. 33/2013. L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nell'allegato n. 3 del PIAO, ha individuato gli specifici obblighi di pubblicazione, il contenuto degli stessi, l'ufficio responsabile della produzione e della pubblicazione dei dati e le tempistiche di aggiornamento. L'Azienda garantisce la qualità delle informazioni riportate nel proprio sito istituzionale, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali, l'indicazione della loro provenienza. I dati vengono pubblicati in formato di tipo aperto e sono riutilizzabili. La pubblicazione dei dati sul sito web aziendale viene effettuata nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali, previsti dalla vigente normativa comunitaria e nazionale, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, tenendo anche conto del principio di “responsabilizzazione” del titolare del trattamento. Il sistema organizzativo adottato, volto ad assicurare la trasparenza dell'Azienda, si basa sulla responsabilizzazione delle unità operative, a cui competono:

- l'elaborazione/produzione dei dati/informazioni;
- la pubblicazione dei dati/informazioni.

A seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. n. 36/2023, si è reso necessario adeguare il flusso relativo alla sotto-sezione “Bandi di gara e contratti”, anche alla luce della delibera n. 264 del 20.6.2023, con la quale sono stati individuati informazioni e dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. n. 33/2013

Con delibera n. 495 del 25.9.2024, ANAC ha approvato n. 3 schemi, ai sensi dell'art. 48 del D. Lgs. 33/2013, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 4-bis (utilizzo delle risorse pubbliche), 13 (organizzazione) e 31 (controlli su attività e organizzazione) del citato decreto, concedendo alle amministrazioni un periodo transitorio di 12 mesi, per procedere all'aggiornamento delle sezioni di Amministrazione trasparente rispetto ai predetti schemi (allegati da n. 1 a n. 3). Ad oggi sono messi a disposizione delle amministrazioni anche gli altri schemi elaborati, ma non allo stato definitivamente approvati (allegati da 5 a 14). ANAC, infine, con la medesima delibera, ha approvato il documento *“Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013”*, contenente indicazioni utili per la pubblicazione sui requisiti di qualità dei dati, procedure di validazione, controlli anche sostitutivi e meccanismi di garanzia attivabili su richiesta di chiunque vi abbia interesse (allegato n. 4), che l'Azienda provvederà a darne opportuna diffusione. Il RPCT, ai sensi dell'art. 43, co. 1, D.Lgs. n. 33/2013, è tenuto al controllo sull'effettiva pubblicazione da parte degli uffici competenti, come individuati nell'allegato 3, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate. L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione viene svolta mediante

un monitoraggio semestrale a campione sulle pubblicazioni. In caso di pubblicazione inesatta o incompleta viene inviata comunicazione al responsabile della produzione e della pubblicazione del dato per richiedere l'aggiornamento tempestivo della relativa sezione dell'amministrazione trasparente. Nel 2024 l'esito dell'attività di monitoraggio nel complesso è stato positivo.

A garanzia dell'osservanza degli obblighi di pubblicazione, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, in data 6.6.2024, ha provveduto ad attestare il grado di assolvimento degli obblighi di pubblicazione, di cui alla Delibera ANAC 213/2024, la cui griglia di rilevazione è consultabile al seguente link: <https://www.aulss2.veneto.it/Attestazioni-OIV-o-Struttura-Analoga>. Nel 2025 si continuerà ad assicurare il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità	Adempimento obblighi di pubblicazione come previsto dall'Allegato 3 del PIAO	Rispetto obblighi di pubblicazione	100%	100%	Owner dei processi interessati
	Monitoraggio semestrale a campione sulle pubblicazioni	Report controlli	Sì	Sì	RPCT Ufficio trasparenza e anticorruzione

L'accesso civico

L'Azienda garantisce l'accesso civico semplice, disciplinato dall'art. 5 del D. Lgs. 33/2013, che consente a chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che l'Azienda abbia eventualmente omesso di pubblicare, pur avendone l'obbligo a norma di legge o di regolamento.

L'Azienda garantisce, altresì, l'accesso civico generalizzato – allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico - che consente a chiunque di accedere a dati, documenti ed informazioni detenuti dall'Azienda, ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5-bis del D. Lgs. 33/2013. Con deliberazione n. 2272 del 20.12.2018, in ottemperanza alle Linee guida ANAC di cui alla delibera n. 1309 del 28.12.2016, ha adottato il Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e del diritto di accesso civico semplice e generalizzato ai dati, informazioni e documenti.

Dall'anno 2016 l'UOC Affari Generali e Legali aggiorna, con cadenza semestrale, i registri delle richieste di accesso presentate all'Azienda con indicazione dell'oggetto, la data dell'istanza, il relativo esito e la data della decisione, come indicato nelle linee guida ANAC adottate con delibera n. 1309 del 28.12.2016.

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Assicurare l'effettivo esercizio del diritto di accesso civico	Aggiornare e pubblicare il registro degli accessi	Registro aggiornato e pubblicato	Sì	Sì	UOC Affari generali e legali
	Garantire che le istanze ricevute vengano evase nei termini di legge	Protocollo di evasione nei termini di legge	100%	100%	Owner dei processi interessati

Monitoraggio e riesame della sezione rischi corruttivi e trasparenza

La sezione rischi corruttivi e trasparenza deve disporre di un sistema di controllo e di monitoraggio dell'effettiva attuazione delle misure, attraverso indicatori e verifiche periodiche per garantire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità e scostamenti tra valori attesi e risultati a consuntivo. Secondo il PNA 2022, le fasi di programmazione e monitoraggio vanno strettamente correlate per aumentare il processo ciclico di miglioramento della programmazione, in particolare usando i risultati del monitoraggio

per la programmazione successiva. Per le modalità di attuazione del controllo e del monitoraggio si rinvia alla sezione “Monitoraggio” del presente PIAO.

Rendicontazione e diffusione

Secondo la ISO 31000 2018, si devono stabilire i meccanismi di comunicazione e *reporting* interni ed esterni per garantire che le informazioni relative alla gestione del rischio siano visibili nei tempi e nei modi appropriati agli *owner* dei processi e a tutti coloro che usufruiscono delle attività e dei servizi prestati dall’Amministrazione o ne siano in qualche modo coinvolti (c.d. portatori di interesse/*stakeholders*), in modo che possano essere consultati ed eventualmente intervenire.

In coerenza con quanto riportato nei PNA 2019 e 2022, l’Azienda promuove a tutti i propri livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell’importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate: tutti i componenti dell’organizzazione collaborano per la sua realizzazione e aggiornamento.

A tal fine l’Azienda si è innanzitutto impegnata a coinvolgere le associazioni degli utenti nella fase iniziale di aggiornamento della strategia di prevenzione della corruzione, favorendo l’invio di eventuali proposte e contributi con cui, eventualmente, integrare/aggiornare la sezione rischi corruttivi e trasparenza, mettendo in consultazione la Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024-2026 e pubblicando nel sito internet aziendale un avviso con l’invito a fornire contributi, suggerimenti o proposte entro il 23 dicembre 2024, per l’individuazione dei settori e delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione, l’identificazione e valutazione del rischio e le misure da apprestare per neutralizzare o ridurre il livello di rischio. Alla data di scadenza fissata per la suddetta consultazione online non sono pervenuti contributi, suggerimenti o proposte.

Inoltre, è attiva la possibilità da parte degli *stakeholders* di fornire in ogni momento contributi e osservazioni in merito alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, così come indicato al link <https://www.aulss2.veneto.it/coinvolgimento-stakeholders>.

Il PIAO 2025-2027 sarà quindi pubblicato nel sito istituzionale dell’Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, anche nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione.

Inoltre l’adozione del PIAO sarà comunicata a tutto il personale tramite l’Angolo del dipendente.

Anche i dipendenti dell’amministrazione devono infatti partecipare al processo di gestione del rischio, osservare le misure di prevenzione della corruzione (art. 1, co. 14, della L. 6 novembre 2012, n. 190) e devono segnalare le situazioni di illecito al proprio dirigente o all’UPD (art. 54 bis del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165), nonché i casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis L. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento). In particolare, l’art. 8 del D.P.R. 62/2013 contiene il dovere per i dipendenti di prestare la propria collaborazione al RPCT e di rispettare le prescrizioni contenute nella sezione rischi corruttivi e trasparenza. L’eventuale violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione ivi presenti costituisce illecito disciplinare (art. 1 L. n. 190 del 2012, co. 14), passibile di provvedimento disciplinare (art. 55-sexies, D. Lgs. 165/2001, co. 3).

L’efficacia degli interventi adottati per prevenire il rischio di corruzione e di illegalità è garantita dal costante raccordo tra la Direzione Aziendale, il RPCT e tra quest’ultimo ed i propri referenti, in modo da conseguire l’attuazione di forme interne di controllo diffuso.

Al fine di rendicontare l’attuazione del piano, il RPCT provvede a redigere la Relazione ANAC entro il 15 dicembre di ogni anno, o entro il diverso termine indicato da ANAC, provvedendo a pubblicarla nel sito aziendale, a trasmetterla alla Direzione strategica e all’OIV, e a darne comunicazione ai Direttori delle unità operative coinvolte nel processo di prevenzione della corruzione.

Il RPCT provvede inoltre a predisporre una specifica relazione sullo stato di attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO per i Referenti del RPCT.

Con riferimento all’anno 2024, il RPCT pubblicherà la Relazione ANAC nel sito internet aziendale entro il 31.1.2025 (come stabilito da ANAC), dandone comunicazione alla Direzione strategica e all’OIV con specifica nota. Entro lo stesso termine inoltre il RPCT trasmetterà ai Referenti del RPCT la specifica relazione sullo stato di attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, dando altresì conto dell’avvenuta pubblicazione della Relazione ANAC.

L'Azienda ha intrapreso un'attività di interlocuzione con i propri stakeholders, in particolare con le associazioni dei pazienti e con le associazioni di volontariato. Per tale motivo, anche quest'anno è stata realizzata, in data 16 dicembre 2024, una specifica iniziativa di confronto sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza, alla presenza delle principali associazioni rappresentative degli interessi dei pazienti. Anche nel 2025 si provvederà ad organizzare delle specifiche iniziative con l'intento di coinvolgere gli stakeholders sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Rendicontazione e diffusione	Rendicontazione sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza e presentazione della rendicontazione ai referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Nota di trasmissione ai referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Sì	Sì	RPCT
	Presentazione della rendicontazione ad ANAC, alla Direzione e all'OIV	Pubblicazione in AT della Relazione ad ANAC e comunicazione della pubblicazione alla Direzione e all'OIV	Sì	Sì	RPCT
	Realizzare iniziative di coinvolgimento degli <i>stakeholders</i>	Invito ad iniziative	Sì	Sì	Ufficio relazioni con il pubblico, RPCT

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

In questa sezione si presenta il modello organizzativo adottato dell'Azienda ULSS 2, nonché la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo del lavoro agile.

Il successo di un'azienda deriva dalla sua capacità di valorizzare al meglio le proprie risorse e tra le tante che un'Azienda deve possedere, sono quelle umane, che hanno un ruolo centrale nel processo di creazione del valore di un'organizzazione.

Conoscere il potenziale umano presente in azienda e sfruttarlo al meglio è un fattore determinante, che consente alle organizzazioni di affermarsi nel proprio settore.

Il successo di un'azienda, non dipende quindi solo dal management, che può avere idee più o meno eccellenti o innovative, ma anche e soprattutto dai suoi collaboratori, che devono seguire e condividere la *mission* aziendale. La selezione e gestione delle risorse umane è quindi un momento fondamentale nella vita di un'organizzazione, poiché avere le "giuste" competenze è un elemento che può fare la differenza.

Non bisogna solo possedere delle risorse umane, ma bisogna anche infondere in queste una giusta dose di motivazione, così da creare un team, che lavori sinergicamente per il conseguimento degli obiettivi aziendali.

Uno dei compiti di coloro che nelle organizzazioni si occupano di gestire e sviluppare le risorse umane è infatti proprio quello di valorizzarle sino a renderle autentico capitale sociale. Diventa quindi fondamentale valutare le potenzialità possedute dai lavoratori e sviluppare in questi, competenze coerenti con il ruolo da ricoprire. Negli ultimi decenni si è rafforzata l'idea che il lavoratore nell'organizzazione è una variabile strategica, non deve quindi essere considerato come un costo, ma piuttosto come una risorsa a disposizione dell'organizzazione. E' necessario, quindi, assumere un approccio strategico nella gestione del personale, poiché questo ha un impatto positivo sulle performance aziendali. A tal fine la Direzione Risorse Umane ha un ruolo chiave nell'Azienda, tra i suoi compiti, infatti, vi è anche quello di saper stabilire compiti e responsabilità e regolare l'attività lavorativa così da poter raggiungere gli obiettivi aziendali tramite la gestione e valorizzazione del capitale umano: i lavoratori, che sono appunto la risorsa cruciale e la principale fonte di vantaggio competitivo.

Il ruolo e l'influenza della Direzione Risorse Umane, la sua collocazione all'interno dell'organizzazione, le sue dimensioni e molte altre sue caratteristiche sono influenzate da fattori contingenti, come la tecnologia, le dimensioni aziendali, il contesto istituzionale e sociale, la cultura aziendale, ecc., tuttavia molto dipende anche dal modo in cui gli attori aziendali interpretano il loro ruolo, entrano in relazione tra loro e colgono le opportunità dell'ambiente interno ed esterno. La Direzione Risorse Umane è all'interno dell'organizzazione aziendale partner indispensabile non solo della Direzione Strategica ma anche di tutte le divisioni aziendali.

Le principali attività che svolge la Direzione Risorse Umane sono:

- la pianificazione del fabbisogno del personale;
- il reclutamento e la selezione;
- la valutazione e la gestione delle carriere;
- la retribuzione;
- la gestione e applicazione degli istituti contrattuali derivanti dai CCNL;
- la gestione di tutte le incombenze relative alla conclusione del percorso lavorativo.

La pianificazione del personale si occupa di analizzare l'organico aziendale e la sua composizione, unitamente alla strategia dell'azienda e all'ambiente esterno, cercando di prevedere i flussi di personale in entrata e in uscita, le modalità di copertura di questi e le modalità con cui colmare gli eventuali gap di personale attraverso attività di reclutamento, sviluppo e compensazione delle risorse umane. Il reclutamento comprende pratiche e attività svolte per identificare e attrarre potenziali dipendenti.

Per quanto riguarda la valutazione, questa è un'attività fondamentale della Direzione Risorse Umane, in collaborazione con tutte le Direzioni, poiché, serve per attribuire un valore oggettivo al lavoro svolto dal personale di afferenza. Oggetto della valutazione possono essere la prestazione, le competenze, la posizione, l'aggiornamento e/o formazione e il potenziale della persona.

La valutazione è la base su cui si modella il sistema retributivo dell'azienda e la gestione dei percorsi di carriera. Per quanto riguarda la carriera, questa rappresenta la sequenza in evoluzione delle esperienze lavorative realizzate lungo il tempo di vita di un individuo.

La Direzione strategica dell'Azienda ULSS2 promuove la formazione permanente, o continua, quale strumento necessario per ottimizzare le risorse umane e per favorire il cambiamento organizzativo in grado di "garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale" (art. 16 bis del D. Lgs. 502/92), in quest'ottica, promuove e tutela forme di valorizzazione del proprio personale, favorendone la partecipazione consultiva, propositiva, e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti, il coinvolgimento nella responsabilità, la gratificazione professionale, nel quadro di strategie incentivanti e con il supporto nella formazione e dell'aggiornamento finalizzato.

Il processo di valorizzazione del personale costituisce, quindi, un impegno prioritario della Direzione Generale e dei livelli dirigenziali dell'Azienda e si sviluppa nel rispetto della normativa del D. Lgs. 229/1999, della normativa regionale, dei contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) e riguarda tutte le componenti professionali operanti nell'Azienda, coinvolge le organizzazioni sindacali e coadiuvato dalle specifiche iniziative del Collegio di Direzione, si concretizza mediante progetti e programmi specifici definiti dall'Azienda e realizzati prioritariamente all'interno della stessa.

Coerentemente con questo impegno, l'Azienda destina risorse finanziarie ed organizzative per elaborare e realizzare specifici programmi formativi – annuali e pluriennali – volti a qualificare di continuo la professionalità degli operatori, sia dipendenti che convenzionati. L'obiettivo principale aziendale è il progressivo avanzamento delle culture professionali, in conformità agli *standards* qualitativi più avanzati di riferimento, e dei comportamenti, per renderli sempre più coerenti alla "*mission*" aziendale ed ai valori presenti nella comunità. L'esito atteso è di conseguire il continuo miglioramento della presa in carico dei problemi di salute della popolazione, il puntuale riconoscimento dei diritti dei cittadini fin dal momento in cui si rivolgono alle strutture dell'Azienda, nonché la realizzazione di programmi aziendali di sviluppo dei servizi, degli interventi, delle tecniche gestionali, dei metodi e dei processi di lavoro.

I progetti di formazione sono elaborati attraverso il coinvolgimento delle responsabilità e delle competenze presenti in Azienda; essi devono altresì prevedere specifiche verifiche che permettano di poter valutare l'efficacia dei risultati acquisiti. A tal fine l'Azienda, con deliberazione n. 2814 del 24.12.2024, ha ad il piano formativo aziendale per l'anno 2025, qui integralmente richiamato.

L'Azienda, attraverso una metodologia trasparente e basata su elementi di oggettività, definisce la mappatura complessiva e la graduazione delle singole posizioni di cui necessita, coerentemente con gli obiettivi strategici e i valori posti a fondamento della propria missione. A ciascun incarico è correlata una funzione graduata in maniera oggettiva collegata a un valore economico determinato negli importi fissati dal CCNL e nel rispetto del sistema delle relazioni sindacali.

L'Azienda intende, nel rispetto del quadro normativo, rendere trasparente lo scenario complessivo delle funzioni dirigenziali svolte, valorizzare l'assunzione condivisa di un diverso grado di responsabilità, stimolare la dirigenza, anche nella prospettiva di una rinnovata visione del concetto di carriera ad un sempre maggior impegno professionale che contribuisca alla crescita dell'intero servizio aziendalmente reso. Tutti gli incarichi dirigenziali sono definiti e conferiti con atto scritto e motivato del Direttore Generale ai Dirigenti in possesso dei requisiti prescritti dal CCNL, nell'ambito dell'assetto organizzativo dell'Azienda e nel rispetto delle disposizioni di legge vigenti e delle norme contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro e nei regolamenti aziendali.

L'Azienda conferisce alla dirigenza le seguenti tipologie di incarico:

- incarichi di direzione di struttura complessa;
- incarichi di responsabilità di struttura semplice o incarichi di responsabilità di struttura semplice dipartimentale;
- incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;

- incarichi di natura professionale, conferibili a dirigenti con meno di cinque anni di servizio.

Gli incaricati di direzione di struttura semplice, semplice dipartimentale e complessa sono responsabili dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite.

Il contratto individuale disciplina la durata, il trattamento economico e gli obiettivi da conseguire nell'ambito dell'incarico conferito. L'Azienda adotta il sistema di valutazione degli incarichi dirigenziali, sulla base di una metodologia impostata nel pieno rispetto dei principi di trasparenza, oggettività e partecipazione del valutato, disposti dalla specifica normativa e dai vigenti CCNL.

L'individuazione del profilo professionale richiesto dalla posizione da ricoprire è preceduto da apposito avviso che deve tener conto dei seguenti criteri:

- programmare e gestire le risorse umane, economico-finanziarie, organizzative, tecnologiche per la realizzazione degli obiettivi della struttura assegnata;
- integrare la propria posizione e il servizio presidiato con il sistema aziendale, per garantire l'efficace funzionamento dell'unità organizzativa diretta e dell'intero sistema;
- realizzare dinamiche organizzative e di relazione con gli utenti basate su flussi trasparenti di informazioni, utili all'orientamento dei consumi, alla partecipazione collaborativa ed al consenso e in grado di garantire il rispetto dei diritti, dei bisogni, delle aspettative dei cittadini;
- affrontare e risolvere in modo positivo i problemi riscontrati, anche proponendo soluzioni innovative;
- operare in modo efficace nell'esercizio delle competenze tecnico specialistiche.

Nel conferimento degli incarichi relativi ai profili individuati si tiene comunque conto:

- dei risultati conseguiti e degli esiti delle valutazioni previste;
- della natura e delle caratteristiche dei programmi da realizzare;
- della professionalità richiesta e dell'area di appartenenza;
- delle attitudini e delle capacità del singolo dirigente, nonché dell'esperienza acquisita;
- del curriculum formativo e professionale.

La revoca dell'incarico affidato avviene con atto scritto e motivato a seguito dell'accertamento della sussistenza di una delle cause previste dalle vigenti norme legislative (nazionali e regionali) e contrattuali, secondo le procedure previste dalle norme stesse, dall'apposito regolamento aziendale per l'affidamento degli incarichi e comunque nel rispetto dei principi del contraddittorio e della trasparenza.

Il sistema delle posizioni organizzative per il personale del comparto è conforme a quanto previsto dai contratti collettivi nazionali di lavoro. La natura delle funzioni di coordinamento s'inquadra in una funzione direttiva e organizzativa che assicura la qualità assistenziale e tecnica e/o i processi organizzativi nell'ambito dell'Unità Operativa di assegnazione.

L'Azienda è dotata di un regolamento per la disciplina delle procedure di conferimento degli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento. In particolare la selezione dei candidati deve prevedere la valutazione comparata dei curricula formativi e professionali, tenuto conto della funzione da ricoprire, dell'esperienza maturata e dei risultati di un colloquio motivazionale. L'incarico conferito con deliberazione del Direttore Generale, è soggetto a valutazione ed è rinnovato a seguito di valutazione positiva oppure cessa in caso di valutazione negativa.

Struttura Organizzativa

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha adottato il vigente atto aziendale con deliberazione n. 1101 del 5.6.2023, aggiornato con deliberazione n. 1229 del 23.6.2023 e con deliberazione n. 1504 del 24.7.2023, consultabile alla seguente sezione del sito internet aziendale <https://www.aulss2.veneto.it/Azienda-ULSS2-Marca-trevigiana>.

Organizzazione del lavoro agile



Premessa

In questa sezione sono indicate le strategie e gli obiettivi di sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro adottati dall'Azienda secondo quanto stabilito dalla normativa vigente in materia di lavoro agile, nonché con quanto stabilito dai contratti collettivi nazionali vigenti.

Si fa riferimento pertanto al Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) che viene assorbito nel presente Piano di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027, come previsto dal D.L. n. 80 del 9 giugno 2021 art. 6.

Definizione di lavoro agile

La Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 definisce il lavoro agile come un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione.

La disciplina relativa alla prestazione di lavoro in modalità agile è stata introdotta nel nostro ordinamento con l'art. 18 della Legge n. 81 del 2017 e ss.mm.ii., secondo la quale il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, stabilita allo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, mediante accordo tra le parti anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro e con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Tale modalità operativa viene realizzata dal lavoratore in forma indipendente ma vincolata sia ai tempi di lavoro che alla reperibilità, pertanto, è una delle modalità di lavoro flessibile capace di conciliare entrambe le esigenze.

Il regolamento "*lavoro agile*", in fase di approvazione, si applica a tutto il personale dipendente Area Comparto e Area Dirigenza, con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e determinato, a tempo parziale o orario ridotto e al personale in comando.

Con la **Legge 22 maggio 2017, n. 81**, "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato" è stato introdotto nell'ordinamento italiano il lavoro agile (o Smart Working).

Il "*lavoro agile*" prevedendo l'applicazione anche al pubblico impiego e sottolineando la flessibilità organizzativa, la volontarietà delle parti che sottoscrivono l'accordo individuale e l'utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto, rende possibile svolgere la prestazione lavorativa "*in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla Legge e dalla contrattazione collettiva*".

Attraverso la **direttiva n. 3/2017**, recante le linee guida sul lavoro agile nella PA, il Dipartimento della Funzione pubblica fornisce indirizzi per l'attuazione delle disposizioni richiamate attraverso una fase di

sperimentazione. Le linee guida contengono indicazioni inerenti all'organizzazione del lavoro e alla gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, favorire il benessere organizzativo e assicurare l'esercizio dei diritti delle lavoratrici e dei lavoratori.

Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al Personale del Comparto Sanità per il triennio 2019-2021 del 2 novembre 2022 disciplina il lavoro agile all'art.76 e seguenti.

È utile infine sottolineare come il corpo di norme in dotazione alle pubbliche amministrazioni siano volte a tutelare gli "smart workers" alla stregua dei lavoratori che svolgono l'attività lavorativa in presenza fisica all'interno dell'Azienda. In particolare, si fa riferimento alla **Circolare INAIL n. 48/2017** per la tutela dei casi di infortunio e di malattie professionali nel lavoro agile.

Livello di attuazione

Con Delibera del Direttore Generale n. 2457 del 19/12/2019 l'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana aveva avviato un progetto sperimentale sul lavoro agile in applicazione della Legge n. 81/2017.

Nelle tabelle che seguono è stato rappresentato il livello di attuazione del lavoro agile all'interno dell'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana, con riferimento all'anno 2024, mediante l'analisi relativa a:

- l'incidenza dello smart working rispetto al totale dei dipendenti in servizio al 31-12-2024;
- la ripartizione dei lavoratori in smart working per sesso;

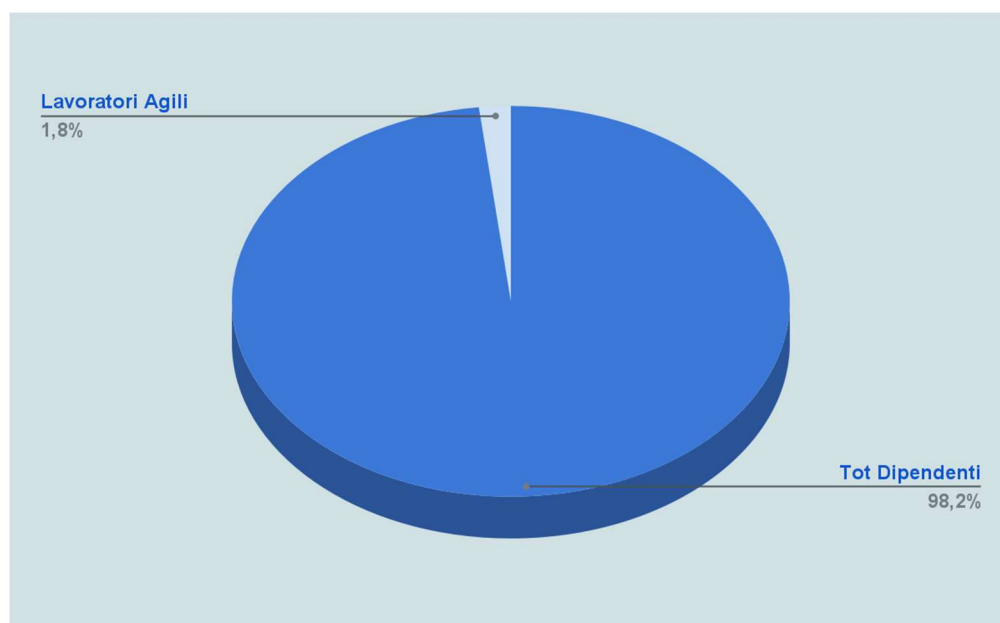


Grafico 3.2.1 Distribuzione incidenza lavoro agile

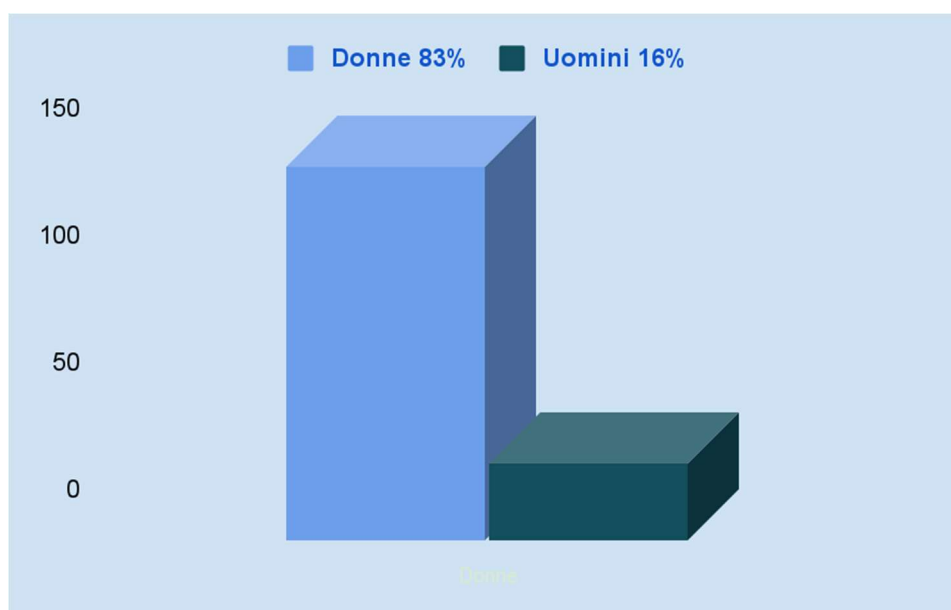


Grafico 3.2.2 Distribuzione dipendenti per sesso

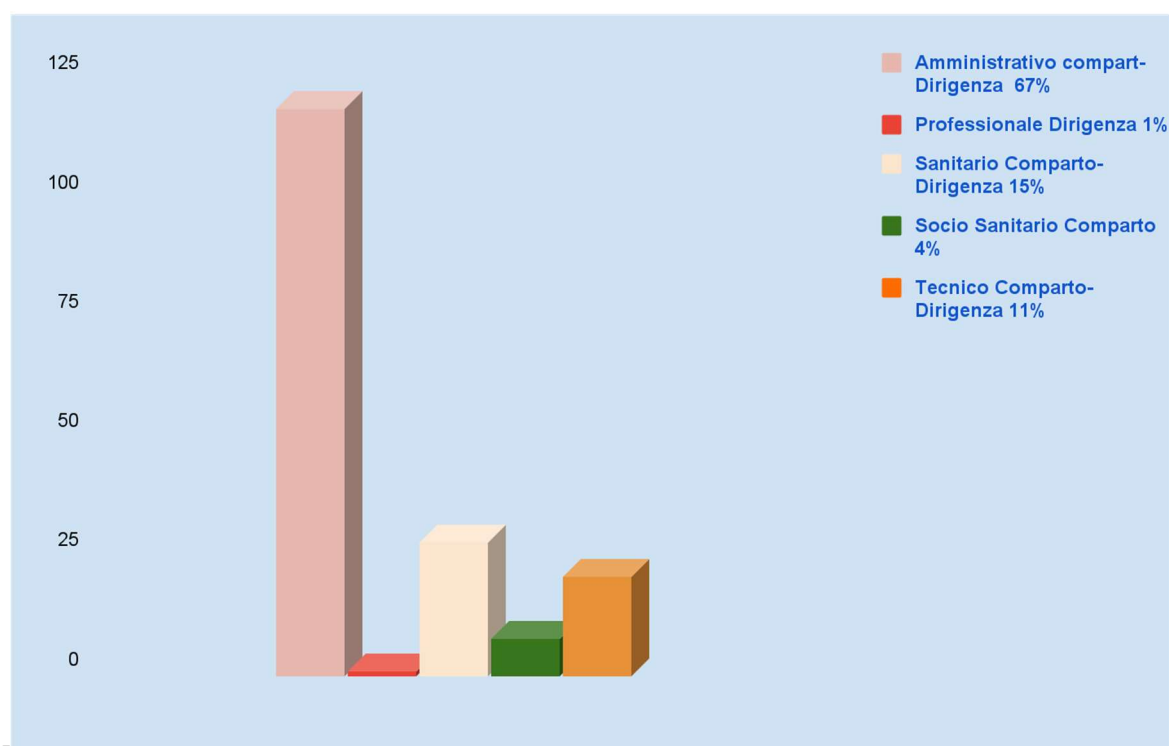


Grafico 3.2.3 Distribuzione dipendenti per profilo

Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

Gli attori coinvolti nel processo di organizzazione e monitoraggio del lavoro agile in ambito aziendale sono:

- i **Responsabili di struttura** che sono tenuti a coordinare la predisposizione della mappatura delle attività che possono essere svolte in modalità agile; a definire, per ciascuna lavoratrice o ciascun lavoratore, le priorità; a salvaguardare le legittime aspettative di chi utilizza le nuove modalità in termini di formazione e crescita professionale, promuovendo percorsi informativi e formativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali.
Sono infine chiamati ad operare un monitoraggio dei risultati, ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.
- **L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** sarà coinvolto nel processo di definizione degli indicatori che l'amministrazione utilizza per programmare, misurare, valutare e rendicontare la performance. E' un'attività di importanza cruciale e ciò può essere ancora più determinante quando si parla di lavoro agile. L'OIV accompagnerà l'intero programma di attuazione e sviluppo del lavoro agile, che si svolgerà attraverso le gradualità fasi di implementazione nell'arco temporale di tre anni.
- Il **Comitato Unico di Garanzia (CUG)** che ha un ruolo importante nell'attuazione del lavoro agile nell'ottica delle politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata, funzionali al miglioramento del benessere organizzativo e alla promozione della parità di genere.
- Il **Responsabile della Transizione al Digitale (RTD)** che ha un ruolo cruciale nella rilevazione del grado di maturità tecnologica dell'amministrazione e nell'individuazione di percorsi di evoluzione tecnologica volta alla semplificazione e abilitazione del lavoro agile in modalità ordinaria. Inoltre definisce gli standard di sicurezza informatica, agisce per il progressivo passaggio ad una gestione documentale integralmente digitalizzata, nel rispetto degli standard di tenuta.
- Le **OO.SS.** che vengono informate e formulano contributi in merito alle politiche attuate per l'implementazione del lavoro agile.
- L' u.o.c. **Gestione Risorse Umane** che supporta il processo di implementazione del lavoro agile sia con riferimento alla raccolta della mappatura e degli accordi individuali, assolvendo agli obblighi informativi a questi connessi, sia curando la programmazione e realizzazione dei progetti formativi necessari per l'implementazione del lavoro agile.

Programma di sviluppo del lavoro agile e conclusioni.

L'Azienda, per quanto non già disposto, provvederà agli adeguamenti derivanti dalle recenti disposizioni in materia di Lavoro Agile, proseguendo contestualmente a sostenere il welfare aziendale, nel rispetto della normativa vigente.

Il presente Piano Organizzativo del Lavoro Agile ha durata triennale 2025-2027, con revisione annuale sulla base delle attuali indicazioni normative.

Piano triennale dei fabbisogni del personale

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2025-2027, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 2506 del 29 novembre 2024, è stato redatto tenuto conto della nota regionale del 5 novembre 2024, prot. n. 566036 C.101 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale con cui è stato disposto che le Aziende ed enti del SSR provvedessero all'aggiornamento del piano approvato per l'anno 2024 e alla stesura del piano 2025-2026-2027.

Per la costruzione dello stesso si è tenuto conto, prioritariamente del rispetto dei limiti di spesa provvisori riportati nelle tabelle ricevute dai competenti organi regionali, relative agli anni 2024-2025-2026-2027.

Personale dipendente:

In relazione al personale dipendente, il PTFP è stato redatto avendo riguardo all'attuale dotazione di personale, con riferimento agli standard definiti a livello regionale ai sensi dell'art. 8 della L.R. 23/2012 e dell'art. 23 della L.R. 19/2016 (D.G.R.V. 1833/2017 - D.G.R.V. 245/2017 - D.G.R.V. 2238/2016 - D.G.R.V. 614/2019 - D.G.R.V. 610/2014 - D.G.R.V. 245/2017 - D.G.R.V. 1035/2019 - D.G.R.V. 1501/2022 - D.G.R.V. 371/2022 - D.G.R.V. 1123/2023 - D.G.R.V. 22/2024 - D.G.R.V. 1718/2022) e delle autorizzazioni ad assunzioni di personale già rilasciate dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, in ottica di riorganizzazione e ottimizzazione dei servizi offerti.

Si è tenuto conto del fabbisogno di risorse aggiuntive necessarie ai servizi informativi al fine di poter assicurare l'implementazione dei progetti SIO e digitalizzazione dei DEA (PNRR).

Compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili nel corso del triennio 2025-2027, l'Azienda si riserva di prevedere, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la determinazione della percentuale delle posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse.

Personale non dipendente incarichi di lavoro autonomo: anni 2024-2025-2026-2027

Per gli incarichi a bilancio: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2024.

Per gli incarichi finanziati e per gli incarichi a bilancio sociale: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2024.

Si precisa che gli importi stimati per gli anni 2025-2027, relativi alle progettualità con specifico finanziamento - incarichi ex art. 7, c. 6 del D.Lgs. 165/2001 indicati in colonna O della tabella A - si basano su elaborazioni dello storico finanziato nell'anno 2024.

Altro Personale non dipendente e ricorso a prestazioni aggiuntive: anni 2024-2025-2026-2027

Tabella A, Colonna "E" L'importo riportato nella scheda anno 2024 corrisponde a quanto autorizzato per l'acquisto di prestazioni aggiuntive della dirigenza e del comparto giusta DGRV n. 280 del 21.03.2024. Tale importo è stato riportato anche negli anni successivi, e risulta insufficiente a far fronte alle effettive carenze degli organici causate dalla difficoltà di reperire il personale nonché dalle cessazioni dello stesso, e per far fronte ai piani di recupero delle liste di attesa.

Tabella A, Colonna "F" L'importo indicato nella scheda anno 2024 è stato incrementato dal "Fondo Balduzzi" che corrisponde alla previsione di quanto verrà accantonato nell'anno 2024. Per gli anni 2025-2027 viene confermato lo stesso accantonamento, in quanto, essendo un dato calcolato sul compenso percepito dal libero professionista, non può essere quantificato in modo certo.

Tabella A, Colonna "N" l'importo indicato nella scheda 2024 è riferito alle seguenti convenzioni con: Azienda Ospedale-Università di Padova, Azienda Ulss n. 1 Dolomiti, Azienda Ulss n. 3 Serenissima e Azienda USL di Imola.

Personale universitario in convenzione

Tabella A, Colonna “B”: sono stati inseriti i dati relativi al personale universitario convenzionato (docente, tecnico, amministrativo) operante nelle strutture aziendali.

Per il calcolo dei Full Time Equivalent (FTE) riferiti al personale docente equiparato alla dirigenza medica (professori di prima e seconda fascia e ricercatori), si è tenuto conto che l’impegno assistenziale risulta essere pari al 50 per cento dell’impegno assistenziale stabilito per la dirigenza del SSR, come confermato da ultimo nel Protocollo d’intesa tra la Regione Veneto e l’Università degli Studi di Padova disciplinante l’apporto della Scuola di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali del SSR, ex deliberazione del Consiglio Regionale del Veneto n. 151/2017.

Si precisa che il conteggio tiene conto delle cessazioni che, allo stato attuale, è previsto intervengano nel triennio 2025-2027, nonché del personale medico docente che potrebbe aggiungersi all’attuale, tenuto conto delle posizioni per le quali l’Università degli Studi di Padova ha già chiesto il preventivo assenso all’inserimento in convenzione per l’avvio delle previste procedure selettive di competenza dell’Ateneo.

Si evidenzia peraltro che, nell’ambito del Corso di Laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e chirurgia con sede a Treviso, giusta DGRV n. 1095/2022, potranno aprirsi ulteriori posizioni con valenza assistenziale presso strutture aziendali.

Per la dirigenza sanitaria è stato indicato 1 FTE riferito a un “tecnico di laboratorio di biologia clinica” equiparato a dirigente biologo, sulla base dei requisiti di ammissione previsti nel bando della procedura selettiva espletata dall’Ateneo.

Quanto al personale del comparto (tecnico-amministrativo), gli FTE sono stati quantificati considerando l’impegno settimanale a tempo pieno.

Tabella B, Colonna “D”: il conteggio relativo al personale universitario convenzionato è stato quantificato per “teste”, tenuto conto del personale inserito in convenzione, secondo gli specifici profili.

Altro Personale non dipendente - Specialistica Ambulatoriale Interna - SAI: anni 2024-2025-2026

Per eseguire i conteggi si è partiti dal tetto di spesa evidenziato nella colonna “SAI” della tabella A per gli anni 2024 – 2027, pari ad € 19.902.520,95. Tale importo è stato ripartito in percentuale tra dirigenza medica e dirigenza sanitaria (non dipendenti) in relazione alla situazione esistente al momento della rilevazione.

Nel rispetto dell’importo del tetto di spesa per gli anni 2025-2026-2027, lo stesso è stato ripartito in percentuale tra Dirigenza Medica e Dirigenza Sanitaria (non dipendenti) in relazione alla situazione esistente (87,50% SAI e 12,50% Sanitari).

E’ stato valutato un costo medio orario indicativo per i SAI pari a 54,67 euro (FTE 161,21) e per i Professionisti Sanitari pari a 41,30 euro (FTE 30,48), comprensivi delle voci variabili e dei recenti aumenti contrattuali.

Personale dipendente (area comparto):

STRUTTURA OSPEDALE

➤ INCREMENTO DEGLI ORGANICI PER ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA (610/2014; 614/2019)

Motivazione:

In seguito alla riorganizzazione aziendale, che negli anni ha visto una graduale redistribuzione delle attività tra ospedale Hub e Spoke, la cessione del ramo di azienda allo IOV di alcune unità operative,

nonché a seguito delle varie normative che hanno rivisto la dotazione dei posti letto (DGRV 614/2019), in seguito all'aumento della presenza media e dell'attività di Day Hospital, al fine di garantire una appropriata presa in carico degli assistiti, si chiede adeguamento dell'organico.

Inoltre è richiesto l'adeguamento della dotazione per la Nefrologia di Treviso per l'attività del Centro Trapianti Renali e l'adeguamento nella diagnostica radiologica di Conegliano del personale tecnico per la riorganizzazione delle pronte disponibilità secondo le indicazioni del nuovo CCNL.

Richiesta:

MEDICINA 1 E 2 TREVISO: n. 6 infermieri, 4 OSS

NEFROLOGIA CENTRO TRAPIANTI TREVISO: n. 3 infermieri, n. 4 OSS

NIDO TREVISO: n. 3 OSS

GERIATRIA MONTEBELLUNA: n. 2 infermieri

PEDIATRIA MONTEBELLUNA: n. 2 OSS

TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE CASTELFRANCO: n. 1 infermiere

RADIOLOGIA CONEGLIANO: n. 4 tecnici di radiologia

CARDIOLOGIA CONEGLIANO: n. 2 infermieri

MEDICINA ODERZO: n. 3 infermieri, n. 2 OSS

PEDIATRIA ODERZO: n. 1 OSS

➤ **INCREMENTO DEGLI ORGANICI PER ADEGUAMENTO DOTAZIONI IN RELAZIONE ALL'AUMENTO DELL'ATTIVITÀ**

Motivazione:

L'adeguamento degli organici è richiesto per ridurre le liste di attesa, l'attivazione di nuove sedute di Day Surgery in particolar modo gli interventi oculistici, l'attività diagnostica di gastroenterologia e gli ambulatori di pneumologia di Montebelluna. Per quanto riguarda il personale tecnico della riabilitazione, l'incremento richiesto è per velocizzare la presa in carico dei pazienti post intervento al fine di diminuirne la degenza ospedaliera. Il personale Tecnico Perfusionista richiesto permetterà di implementare il progetto della telemedicina con gestione da remoto dei pazienti portatori di pacemaker/defibrillatori. Il potenziamento dell'organico nell'ambito radiologico favorirà l'erogazione di prestazioni di alta qualità attraverso anche l'attivazione del quarto acceleratore.

Richiesta:

CHIRURGIA PEDIATRICA TREVISO: n. 3 infermieri

OCULISTICA TREVISO: n. 2 infermieri, n. 2 OSS

MEDICINA NUCLEARE TREVISO: n. 1 infermiere

FARMACIA TREVISO: n. 2 infermieri

RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE TREVISO: n. 1 fisioterapista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ODERZO: n. 2 infermieri

OCULISTICA ODERZO: n.2 infermieri

PRESA IN CARICO PAZIENTE ONCOLOGICO ODERZO: n. 1 infermiere

LABORATORIO ANALISI ODERZO: n. 1 tecnico di laboratorio

LABORATORIO ANALISI ODERZO: n. 1 OSS

OCULISTICA MONTEBELLUNA: n. 1 infermieri, n. 1 OSS

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MONTEBELLUNA: n. 3 fisioterapisti

PNEUMOLOGIA MONTEBELLUNA: n. 2 infermieri, n. 1 OSS

GASTROENTEROLOGIA CASTELFRANCO E MONTEBELLUNA: n. 2 OSS

MEDICINA GENERALE CONEGLIANO: n. 2 OSS

RADIOTERAPIA ONCOLOGIA TREVISO: n. 5 tecnici sanitari radiologia, n. 2 infermieri, n. 3 OSS

CHIRURGIA DELL'ORECCHIO TREVISO: n. 1 infermiere

EMODINAMICA TREVISO: n. 2 infermiere

NEURORADIOLOGIA TREVISO: n. 1 tecnici sanitari radiologia, n. 1 infermieri

AREA OMOGENEA CARDIOLOGICA E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA TREVISO: n. 6 OSS

CARDIOLOGIA TREVISO – CASTELFRANCO MONTEBELLUNA: n. 3 tecnici perfusionisti

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI PER CITTADELLA DELLA SALUTE**

Motivazione:

A seguito dell'attivazione dei nuovi reparti di degenza/Servizi presso l'edificio n.29 della nuova Cittadella del Cà Foncello, al fine di adeguare la riorganizzazione dei posti letto rispondenti al minutaggio assistenziale di cui la DGRV 610/2014, vengono proposti i seguenti adeguamenti delle dotazioni organiche.

Inoltre l'incremento delle risorse OSS necessitano per l'efficienza dei trasporti in ingresso e uscita dalle sale operatorie, sale di emodinamica e dalle diagnostiche della radiologia interventistica.

Per quanto riguarda il Week Surgery si rende necessario l'adeguamento dell'organico in quanto questa entità di degenza verrà organizzata in una logistica diversa e autonoma (scorporata dalle attuali degenze chirurgiche) nell'edificio n. 30.

Richieste:

GRUPPO OPERATORIO TREVISO: n. 8 infermieri, n. 8 OSS

SQUADRA TRASPORTI TREVISO: n. 12 OSS

DEGENZE CITTADELLA: n. 12 infermieri, n. 10 OSS

STROKE UNIT: n. 12 infermieri

TERAPIE INTENSIVE CITTADELLA: n. 12 infermieri, n. 12 OSS

OSTETRICIA CITTADELLA: n. 6 OSS

➤ **PROGETTO INFERMIERI-TECNICI SPECIALISTI CON COMPETENZE AVANZATE**

Motivazione:

L'art 16 comma 6 del nuovo CCNL del Comparto individua gli incarichi professionali per il personale del Comparto. L'analisi condotta nella nostra Azienda ha individuato alcuni setting di cura e di assistenza dove sono indispensabili alcune elevate professionalità, di seguito elencati: infermieri impiantatori di PICC, infermieri wound care, infermieri enterostomisti.

Richiesta:

OSPEDALI PIEVE DI SOLIGO: n. 2 infermieri

OSPEDALI AZIENDALI (Conegliano-Montebelluna-Treviso) – Amministratore di sistema RIS PACS: n. 3 tecnici di radiologia medica

OSPEDALI ASOLO: n. 2 infermieri

OSPEDALE ODERZO: n. 1 infermiere

➤ **EMATOLOGIA TREVISO**

Motivazione:

Organizzazione e attivazione della nuova degenza per il trapianto allogenico con equipe assistenziale ad alta intensità di cure e della degenza post trapianto a bassa intensità di cura.

Richiesta:

EMATOLOGIA DEGENZA: n. 6 infermieri, n. 6 OSS

MEDICINA TRASFUSIONALE: n. 1 infermiere

➤ **NEUROPSICHIATRIA TREVISO**

Motivazione:

Nelle schede di dotazione dei posti letto delle strutture ospedaliere, di cui all'allegato B della DGR n. 614 del 14 maggio 2019, per l'ospedale di Treviso è prevista l'attivazione di n. 8 posti letto dedicati alla Neuropsichiatria infantile.

Richiesta:

n. 6 infermieri, n. 6 OSS, n. 4 educatori.

➤ **CASE MANAGER**

Motivazione:

Si propone l'istituzione di una figura infermieristica (case manager) deputata ad essere il riferimento nel

processo di cura per il paziente, i familiari e/o caregiver e altri operatori sanitari e sociali, per rispondere a specifici bisogni come quelli espressi nel Percorso Melanoma, CA Prostata, CA Mammella, CA Polmone o a seguito del riscontro di lesioni incidentali, come spesso avviene nella UOC di Radiologia Treviso e UOC Gastroenterologia Treviso.

Richiesta:

GASTROENTEROLOGIA TREVISO: n. 1 infermiere

DERMATOLOGIA – PERCORSO MELANOMA - TREVISO: n. 1 infermiere

RADIOLOGIA TREVISO: n. 1 infermiere

UROLOGIA – PERCORSO CA PROSTATA TREVISO: n. 1 infermiere

PNEUMOLOGIA – PERCORSO CA POLMONE TREVISO: n. 1 infermiere

BEAST UNIT – PERCORSO CA MAMMELLA TREVISO: n. 1 infermiere

INFERMIERE PERCORSO DI CONEGLIANO VITTORIO : n. 2 infermiere DGRV 31/2023

INFERMIERE PERCORSO DI CASTELFRANCO MONTEBELLUNA : n. 2 infermiere

INFERMIERE PERCORSO DI TREVISO : n. 2 infermiere

INFERMIERE PERCORSO DI ODERZO : n. 1 infermiere

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI DEI PRONTO SOCCORSO AZIENDALI E SUEM TREVISO**

Motivazione:

La Dgrv 245/2017 e la Dgrv 1035/2019 definiscono i valori minimi di assistenza per il personale del pronto soccorso, al fine di un efficientamento del modello della presa in carico del paziente nei diversi setting di cura. In particolare la tabella del turno minimo di riferimento per il personale infermieristico è rappresentata nell'allegato B della delibera sopracitata e prevede il personale dedicato in relazione alla classe di accessi annui nei vari pronto soccorso che caratterizzano le Aziende Sanitarie. È perciò stata condotta una analisi organizzativa in tutte le UOC di Pronto Soccorso della nostra Azienda paragonando gli attuali organici del Comparto a quelli previsti dalla tabella regionale contenuta nell'allegato B della DGRV 1035 dello scorso mese di luglio.

Inoltre, secondo le linee guida ministeriali 2019 su OBI e triage, ovvero “Linee di indirizzo nazionali sull’osservazione breve intensiva – OBI “, per il Triage è previsto anche 1 unità Personale di supporto nelle 24 ore. Tale riorganizzazione è già iniziata nel 2020, si segnalano le unità necessarie a completamento della riorganizzazione.

La Centrale Operativa SUEM di Treviso ha visto la centralizzazione della gestione dei trasporti secondari e l’attivazione del volo notturno, motivo per il quale è necessaria una rimodulazione della dotazione organica.

Richiesta:

PRONTO SOCCORSO TREVISO: n. 10 infermieri, n. 4 OSS

CENTRALE OPERATIVA SUEM TREVISO: n. 3 infermieri, n. 2 OSS

PRONTO SOCCORSO ODERZO: 4 infermieri, 6 OSS, 1 OPERATORE TECNICO – AUTISTA AMBULANZE

PRONTO SOCCORSO DI MONTEBELLUNA: n. 8 infermieri, n. 2 OSS

PRONTO SOCCORSO CASTELFRANCO: n. 8 infermieri, n. 2 OSS

PRONTO SOCCORSO DI CONEGLIANO: n. 4 infermieri

PRONTO SOCCORSO DI VITTORIO VENETO: n. 6 infermieri

➤ **OSPEDALI DI TREVISO PROGETTO AMPLIAMENTO DELLE ATTIVITA' CHIRURGICHE DI SALA OPERATORIA**

Motivazione:

Per poter completare il progetto di ampliamento delle fasce orarie dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dell’attività di sala operatoria in Azienda, nonché il numero di sedute operatorie per far fronte alle liste di attesa disponendo a breve della nuova logistica nel blocco operatorio unico nella nuova cittadella della salute.

Richiesta:

BLOCCO OPERATORIO DI ODERZO: n. 2 infermieri, n. 4 OSS

➤ **PROGETTO MEDICINA NUCLEARE CONEGLIANO**

Motivazione:

Avvio a regime dell'attività radiologica con leucociti marcati.

Richiesta: n. 1 tecnico di radiologia

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI TERAPIE INTENSIVE**

Motivazione:

A seguito della DGRV 614/2019 "Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss,..." dove si richiede l'adeguamento dei posti letto secondo le nuove schede ospedaliere, del D. Legge 34/2020 che rivede i posti letto delle Terapie Intensive e semi intensive, nonché del DGRV 610/2014 che determina i tempi assistenziali per pazienti, si richiedono le unità di personale, ruolo infermiere e OSS, che verranno assegnati nelle Terapie intensive dell'Azienda. In particolare l'aumento ad 8 dei PL della Rianimazione di Montebelluna.

Richiesta:

ANESTESIA E RIANIMAZIONE MONTEBELLUNA: n. 6 infermieri

TERAPIA INTENSIVA NEONATALE TREVISO n. 6 infermieri, n. 3 OSS

TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA: n. 12 infermieri

➤ **ADEGUAMENTO ORGANICO PER DIALISI ODERZO**

Motivazione:

Aumento del numero e della complessità dei pazienti. Siamo passati, nell'arco dell'anno, da una media di n. 10 pazienti assistiti per turno di dialisi agli attuali n. 12 (turni di dialisi attivi 2 al giorno per 6 giorni alla settimana).

Richiesta:

OSPEDALE DI ODERZO: n. 2 infermiere

➤ **OSPEDALI DI TREVISO COMPLETAMENTO PROGETTO "GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO" E ADEGUAMENTO ORGANICO AREA OSTETRICIA GINECOLOGIA**

Motivazione:

Al fine di completare l'implementazione del progetto BRO, garantendo un'assistenza one to one, dedicata alla gestione assistenziale delle gravide a basso rischio in degenza ostetrica nella fase pre-intra e post partum nei turni mattina, pomeriggio e notte, con la copertura anche del turno notturno presso l'ostetricia di Treviso e l'attivazione dell'attività presso l'ostetricia di Oderzo, compresa l'attività ambulatoriale della PMA centralizzata in tale ospedale.

Inoltre per l'incremento degli organici a seguito della nuova logistica delle degenze della Cittadella di Treviso che prevede la sala cesarei non più in area del Gruppo Operatorio, ma bensì all'interno della logistica del nuovo reparto di degenza ostetrica.

Richiesta:

OSTETRICIA E GINECOLOGIA - TREVISO: n. 6 ostetriche

OSTETRICIA E GINECOLOGIA – PMA - ODERZO: n. 2 OSS

OSTETRICIA E GINECOLOGIA – SALA PARTO – ODERZO: n. 2 ostetriche

➤ **INCREMENTO DEGLI ORGANICI SERVIZI DI OBITORIO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI ODERZO**

Motivazione:

Adeguamento degli orari di apertura degli obitori sulle 12 ore diurne nei giorni feriali e sulle 8 ore nei giorni festivi.

Richiesta: n. 1 OSS

➤ **ADEGUAMENTO ORGANICO PER SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO**

Motivazione:

Segnalazioni di casi complessi costantemente in aumento ad esempio dal Pronto Soccorso e dalla Medicina d'Urgenza e dei casi di pazienti privi di documenti e di assicurazione sanitaria e/o senza fissa dimora.

L'attuale dotazione organica composta da n. 2 t.p.e. assistenti sociali deve rispondere sia alle funzioni proprie del Servizio Sociale Ospedaliero (per il presidio hub e altri tre ospedali presenti nel Distretto di Treviso) sia alle funzioni dell'Assistente Sociale della COT.

Richiesta:

OSPEDALE DI TREVISO e ODERZO: n. 1 assistente sociale

STRUTTURA TERRITORIO

In riferimento al fabbisogno triennale dell'area territoriale, la richiesta di personale indicata potrà essere rivalutata alla luce dei cambiamenti organizzativi legati alla normativa – Legge Regionale n. 9 - 4 aprile 2024 “assetto organizzativo e pianificativi dei servizi sociali” e Decreto 23 maggio 2022, n. 77

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**

Motivazione:

La Dgr n. 1616 del 17/06/2008 stabilisce i criteri per l'accreditamento delle unità di offerta della salute mentale e i requisiti minimi (per il CSM: 1 operatore/3000 abitanti, apertura dalle ore 8.00 alle ore 20.00); la Dgr n. 651 del 9 marzo 2010 “Progetto obiettivo regionale per la tutela della salute mentale” (2010-2012); la Dgr 371 del 08/04/2022 nello specifico per il personale da attribuire alle attività dei DCA e dei CSM.

Richiesta:

DISTRETTO TREVISO NORD: n. 2 infermieri, n. 1 assistente sociale, n. 4 educatori

DISTRETTO TREVISO SUD: n. 2 infermieri, n. 3 educatori

DISTRETTO ASOLO: n. 4 infermieri, n. 1 educatore

DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO: n. 3 infermieri, 1 educatore

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI DISTRETTO SOCIO SANITARIO – UOC AREA DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA**

Motivazione:

Aumentare la presa in carico dell'utenza, visto il continuo aumentare della complessità assistenziale e spesso all'assenza del caregiver familiare.

Richiesta:

DISTRETTO TREVISO NORD - AREA DISABILITÀ: n. 1 OSS

DISTRETTO TREVISO SUD - AREA DISABILITÀ: n. 2 OSS, n. 1 educatore

DISTRETTO TREVISO SUD – NON AUTOSUFFICIENZA: n. 1 assistente sociale

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI DISTRETTO SOCIO SANITARIO – UOC INFANZIA ADOLESCENZA**

Motivazione:

Aumentare la presa in carico dell'utenza, mantenere i contatti con Ufficio Scolastico Provinciale, Comuni del Territorio, Scuole e Famiglie

Richiesta:

DISTRETTO ASOLO – ETA' EVOLUTIVA: n. 1 assistente sociale

DISTRETTO PIEVE - ETA' EVOLUTIVA: n. 1 educatore

➤ **INTERNALIZZAZIONE SERVIZIO DI GESTIONE DEI PRELIEVI E DELLE ATTIVITA' AMBULATORIALI-SCREENING NEI DISTRETTI SOCIO SANITARI – ATTIVITÀ SPECIALISTICA**

Motivazione:

Internalizzazione "servizio di gestione dei centri prelievo, organizzazione e gestione di attività di assistenza infermieristica nel territorio" (delib. Direttore Generale n.2362 del 09-12-2021) scad. 31-12-2023.

Richiesta:

ATTIVITÀ SPECIALISTICHE DISTRETTO TREVISO: n. 17,5 infermieri, n. 3 ostetriche, n. 11,5 OSS

➤ **CASE DELLA COMUNITA' E INFERMIERE DI FAMIGLIA**

Motivazione:

Il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 che definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, prevede l'attivazione delle Case della Comunità, strutture aperte 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, che offrono servizi sanitari e socio-sanitari di prossimità alla popolazione e prevedono l'inserimento della figura dell'infermiere di famiglia e personale dedicato.

In ottemperanza del DGR Veneto 782 del 2020 Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria, in particolare per il potenziamento dell'assistenza domiciliare (art. 1, comma 3 e 4) e l'inserimento della figura dell'infermiere di famiglia o di comunità.

Tale nuova figura svolge l'attività sia presso gli ambulatori distrettuali sia presso il domicilio dei pazienti non già presi in carico dall'ADI. L'infermiere di famiglia è il professionista che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, lavora a domicilio, con un ruolo attivo di educazione terapeutica sia verso la persona assistita che verso il caregiver (allegato A DGR 782/2020).

L'infermiere di famiglia è previsto secondo uno standard non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti.

Richiesta:

DISTRETTO TREVISO NORD: n. 4 infermieri

DISTRETTO TREVISO SUD: n. 4 infermieri

DISTRETTO ASOLO: n. 4 infermieri

DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO: n. 4 infermieri

➤ **ATTIVAZIONE SPECIALISTICA TERRITORIALE: QUALIFICA, RIORGANIZZAZIONE ED AMPLIAMENTO DELL'OFFERTA DEI SERVIZI/PRESTAZIONI**

Motivazione:

Potenziare e, al contempo qualificare, l'attività di prestazioni ambulatoriali del Distretto Socio Sanitario di Pieve di Soligo per assicurare le liste d'attesa in tale area.

Richiesta:

DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO: n. 1 infermieri n. 1 OSS

➤ **CURE PRIMARIE E DOMICILIARI: DISTRETTO DI PIEVE DI SOLIGO**

Motivazione:

Supportare l'infermiere in caso di pazienti selezionati con particolari criticità e complessità. A questo si aggiunge l'attività di gestione parco auto, alla gestione del magazzino economale e farmaceutico.

Richiesta:

DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO: n. 3 OSS

➤ **PROGETTO RIORGANIZZAZIONE COT**

Motivazione:

Decreto 23 maggio 2022, n. 77 " Regolamento recante definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN. Piano Operativo Regionale (POR) Decreto Regionale n. 49 del 18/5/22 pubbl. BUR n. 75 del 28/06/22. Realizzazione del Piano Regionale in attuazione del PNRR missione 6 salute, componenti investimento 1 e 2, approvati con DGRV 368 del 2022 Approvazione POR aggiornato. Previste in Azienda 8 sedi COT (TV n. 3, Pieve n. 3, Asolo n. 2); Standard di personale: 4 infermieri, 1 unità di personale di supporto per ciascuna sede; 1 Coordinatore Infermieristico per Distretto (tot. n. 3)

Richiesta:

DISTRETTO TREVISO: n. 3 infermieri, n. 2 OSS

DISTRETTO ASOLO: n. 4 infermieri, n. 2 OSS

DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO: n. 10 infermieri, n. 3 OSS

STRUTTURA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Motivazione:

Adeguamento degli organici a seguito di normative Europee, Nazionali e Regionali.

Per quanto riguarda:

-UOC Medicina dello Sport viene prevista l'apertura di un ambulatorio dedicato alla valutazione clinica e strumentale dei genitori degli atleti con patologie cardiache rare che necessitano approfondimenti clinici e di supporto psicologico. Viene inoltre effettuata attività diagnostica di 2° livello contribuendo così, insieme ai Servizi di Cardiologia, allo smaltimento delle liste d'attesa ed un supporto diagnostico al centro di Fibrosi Cistica per la valutazione dei pazienti candidati a nuove terapie di supporto. Di conseguenza, l'aumento di attività comporta una rivalutazione della dotazione organica, oltre che medica, anche del personale del comparto che risulta indispensabile per la realizzazione delle prestazioni sempre più richieste.

-Servizi veterinari per la gestione delle Allerte alimentari previste dalla normativa comunitaria Regolamento CE 625/2017 e normativa Regionale.

-SIAN: garantire le attività di vigilanza ed ispezione in ambito REACH e CLP come previsto dai regolamenti CE n° 1907/2006 e 1272/2008 e dalla programmazione Regionale annuale.

-SIAPZ: trasferire le competenze che attualmente sono in carico ai Medici Veterinari, in riferimento ai piani di campionamento della PNA (mangimi) e PNR (residui in allevamento), alle attività di ispezione delle strutture Registrate.

-SISP: garantire le attività di vigilanza ed ispezione in ambito REACH e CLP come previsto dai regolamenti CE n° 1907/2006 e 1272/2008 e dalla programmazione Regionale annuale e le attività di vigilanza e sorveglianza in ambito di Prodotti Cosmetici prevista dal Decreto 27 settembre 2018 del Ministero della Salute.

-SPISAL: garantire il raggiungimento del 5% delle ispezioni nelle aziende come previsto dai LEA Nazionali e Regionali e le attività di vigilanza ed ispezione in ambito REACH e CLP come previsto dai regolamenti CE n° 1907/2006 e 1272/2008 e dalla programmazione Regionale annuale.

Richiesta:

SERVIZIO VETERINARIO PIANI CAMPIONAMENTO, ALLERTE E AUDIT: n. 1 tecnici della prevenzione

SERVIZIO VETERINARIO IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECHNICHE: n. 2 tecnici della prevenzione

SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE: n. 1 tecnici della prevenzione

SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA: n. 1 tecnici della prevenzione

SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO: n. 2 tecnici della prevenzione

MEDICINA DELLO SPORT: n. 2 infermieri

➤ UOC PROFESSIONI SANITARIE

Motivazione

Adeguamento tutor didattici per innalzamento del numero di studenti dei vari corsi di laurea delle professioni sanitarie attivi in Treviso.

Richiesta: n. 5 infermieri, n. 1 igienista dentale, n. 1 tecnico di laboratorio.

Le successive richieste di autorizzazione all'assunzione verranno inserite nei piani trimestrali di assunzione, quale strumento attraverso il quale l'Azienda darà progressivamente attuazione al proprio piano dei fabbisogni di personale.

In attuazione di quanto sopra detto, con nota prot. n. 220300 del 2 dicembre 2024, è stata trasmessa alla Direzione Area Sanità e Sociale della Regione Veneto, la deliberazione del Direttore Generale del 29 novembre 2024, n. 2506 con la quale è stato adottato in via provvisoria il piano dei fabbisogni di personale per gli anni 2024-2025-2026-2027 composto dai sottoelencati documenti, che costituiscono parte integrante dello stesso:

- 1) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2024;
- 2) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2025;
- 3) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2026;
- 4) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2027;
- 5) Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2024;
- 6) Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2025;
- 7) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2025;
- 8) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2026;
- 9) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2027.

Piano formativo aziendale

L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana riconosce la formazione come uno strumento strategico per lo sviluppo dell'organizzazione e dei professionisti. Il Piano Formativo Aziendale 2025 (PFA), approvato con Deliberazione n. 2814 del 24/12/2024 e a cui si rimanda per il dettaglio dei corsi inseriti, integra le priorità nazionali e regionali e si pone come guida per il miglioramento continuo delle competenze cliniche, tecniche, manageriali e digitali, con particolare attenzione all'innovazione organizzativa e alla sostenibilità.

Tematiche centrali del PFA 2025

Il PFA tiene conto del Decreto 23 maggio 2022, n. 77, relativo allo sviluppo dell'assistenza territoriale, delle missioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), e delle linee guida contenute nella Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025. Gli obiettivi principali includono:

- Missione 6 Salute, Component 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.
- Missione 6 Salute, Component 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN.
- Priorità formative trasversali: Sviluppo delle competenze digitali, gestione dell'etica e della trasparenza, prevenzione della corruzione e promozione della sostenibilità ambientale.

Priorità formative per il 2025

Le priorità individuate per il 2025 comprendono:

- 1. Outcome clinico-assistenziali:**
 - Esiti sensibili all'assistenza infermieristica.
 - Prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), con particolare attenzione all'igiene delle mani.
 - Riduzione delle lesioni da pressione.
- 2. Modelli organizzativi e assistenziali:**
 - Age/diversity management.
 - Sicurezza lavorativa e benessere organizzativo.
 - Promozione di percorsi assistenziali integrati e multidisciplinari.
- 3. Telemedicina e teleriabilitazione:**
 - Introduzione e diffusione di strumenti per l'erogazione di cure a distanza.
- 4. Sicurezza e salute sul lavoro:**
 - Radioprotezione ai sensi del D.Lgs. 101/2020.
 - Formazione per prevenire e gestire situazioni di violenza nei confronti del personale sanitario.
- 5. Sostenibilità e transizione ecologica:**
 - Promozione di pratiche di sostenibilità ambientale, in linea con il quadro europeo GreenComp.
- 6. Competenze per la transizione amministrativa, digitale ed ecologica:**
 - Transizione amministrativa: Promuovere l'innovazione organizzativa e la semplificazione amministrativa.
 - Transizione digitale: Rafforzare le competenze sull'uso consapevole delle tecnologie, sulla gestione dei dati e sull'intelligenza artificiale (AI), promuovendo la digitalizzazione dei processi e dei servizi.

- Transizione ecologica: Integrare principi di sostenibilità nei processi decisionali, promuovere modelli di risparmio energetico e adottare soluzioni per la mobilità sostenibile.

La formazione digitale e l'uso della piattaforma Syllabus

La piattaforma Syllabus, promossa dal Dipartimento della Funzione Pubblica, rappresenta uno strumento utile per accrescere le proprie competenze, gli skill professionali e i soft skill. Potrà inoltre concorrere ai fini della valutazione in sede di performance e ai fini del trattamento accessorio. L'Azienda ha abilitato tutto il personale dipendente alla piattaforma, ha inserito in tutte le schede di budget l'obiettivo del completamento della registrazione alla piattaforma e l'avvio di almeno un corso per il 60% di tutto il personale. La Direttiva del 14 gennaio 2025 sottolinea l'obbligatorietà per ogni dipendente pubblico di completare i moduli formativi del Syllabus, mirati a colmare i gap di competenze e favorire:

- Crescita professionale: Incremento delle competenze digitali individuali.
- Innovazione organizzativa: Ottimizzazione dei processi interni e miglioramento dei servizi ai cittadini.
- Inclusività e motivazione: Coinvolgimento attivo di tutto il personale attraverso percorsi formativi personalizzati.

Obiettivi formativi prioritari per la PA

La Direttiva evidenzia che ogni dipendente deve raggiungere un livello di padronanza superiore in almeno 8 delle 11 competenze digitali previste dal Syllabus. Gli obiettivi formativi includono:

- Gestione di dati e documenti digitali.
- Protezione dei dispositivi e gestione della privacy.
- Utilizzo consapevole delle tecnologie emergenti.
- Implementazione dei principi di sostenibilità nei processi amministrativi e decisionali.

Corsi e progetti formativi per il 2025

L'allegato alla Deliberazione n. 2814/2024 elenca 450 progetti formativi, di cui 280 accreditati ECM, sviluppati per rispondere alle esigenze formative del personale e in linea con gli obiettivi strategici aziendali. Tra i corsi di maggiore rilevanza:

- **Umanizzazione delle cure:** Miglioramento delle relazioni e della comunicazione con il paziente e i caregiver.
- **Approccio integrato e multidisciplinare:** Sviluppo di modelli organizzativi e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).
- **Sicurezza del SSR:** Gestione del rischio clinico, responsabilità professionale e governo clinico.
- **Integrazione socio-sanitaria:** Approcci globali per la gestione della long-term care.
- **Gestione delle emergenze sanitarie:** Formazione sulle infezioni ospedaliere e prevenzione delle crisi pandemiche (PanFlu).

Monitoraggio e valutazione

Un sistema di monitoraggio sarà adottato per verificare:

- La partecipazione obbligatoria dei dipendenti.
- Il raggiungimento degli obiettivi formativi definiti.
- L'impatto positivo della formazione sulla qualità del servizio offerto.

Piano delle azioni positive

Le amministrazioni pubbliche, in conformità all'articolo 48 del Decreto Legislativo n. 198/2006 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna), sono tenute a predisporre il Piano triennale di Azioni Positive (PAP). Questo strumento strategico è finalizzato all'individuazione e all'attuazione di misure specifiche volte a prevenire e contrastare qualsiasi forma di discriminazione eventualmente rilevata all'interno del contesto lavorativo.

L'Azienda, attraverso il presente Piano triennale, rinnova il proprio impegno a promuovere un ambiente lavorativo equo, inclusivo e rispettoso delle diversità, riconoscendo il valore della parità di genere e del rispetto del principio di non discriminazione come elementi essenziali per la crescita professionale e organizzativa.

Gli obiettivi generali del PAP sono:

- **garantire pari opportunità:** nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa quotidiana, nella formazione professionale e nei casi di mobilità interna;
- **promuovere il benessere organizzativo:** favorendo un'organizzazione del lavoro che supporti l'equilibrio tra tempi di lavoro e vita privata;
- **diffondere la cultura di genere:** sensibilizzando sul rispetto del principio di non discriminazione e valorizzando la diversità come risorsa per l'organizzazione.

Il PAP si articola, nel suo insieme, in due parti:

- **attività conoscitive, di monitoraggio e analisi:** volte a individuare eventuali criticità e a raccogliere dati utili per definire le azioni positive;
- **azioni operative:** con l'indicazione degli obiettivi specifici, delle attività da intraprendere e delle tempistiche per la loro attuazione.

Attraverso il presente Piano, l'Azienda si propone di consolidare una cultura organizzativa improntata alla trasparenza, all'inclusione e al rispetto reciproco, migliorando la qualità dell'ambiente lavorativo e supportando lo sviluppo delle persone che vi operano.

Per il triennio 2025-2027, le azioni positive già avviate e sotto descritte, vengono confermate senza soluzione di continuità.

Conciliazione Vita-Lavoro: Progetto HFC - Health Friendly Company

L'Azienda partecipa da alcuni anni al Progetto HFC - Health Friendly Company della Fondazione Onda (Osservatorio Nazionale della salute della donna e di genere) ottenendo, annualmente, il Bollino HFC. Per il biennio 2023-2024 è stata l'unica azienda sanitaria, a livello nazionale, premiata per l'attenzione alla salute ed al benessere dei propri dipendenti, promuovendo policy di welfare aziendale tra cui:

- misure legate al work life balance (orario flessibile, smart working) ed alla tutela dei lavoratori con malattie croniche;
- attuazione di politiche a sostegno della maternità e della famiglia, con misure dedicate alle fasi pre-partum e post-partum;
- progetto "ferie solidali" che prevede la possibilità di cedere giorni di ferie ai colleghi che necessitano di assistere i figli minori.

Prevenzione e gestione delle aggressioni a danno degli operatori: adozione di un protocollo aziendale.

Nel Novembre 2024 l'Azienda ha adottato un protocollo aziendale per la segnalazione, il monitoraggio, l'analisi e l'intervento per ogni atto o minaccia di violenza fisica, molestia, intimidazione, o qualsiasi altro comportamento minaccioso che si verifica sul posto di lavoro, a partire da minacce, abuso verbale, aggressione fisica.

La procedura di segnalazione viene avviata e gestita attraverso un software dedicato denominato "Segnal-Net" e si completa attraverso interventi di vario tipo, indicati in una apposita Flow Chart.

Formazione competenze relazionali: piano formativo di soft skills.

Per il 2025 il piano formativo aziendale prevede oltre cinquecento attività di training con progetti individualizzati, corsi di formazione di gruppo e online, attività di team building e giochi di ruolo interattivi che simulano situazioni di criticità e chiameranno i corsisti a sviluppare competenze di fronteggiamento dello stress (strategie di coping), capacità di problem solving, di comunicazione, di gestione dei conflitti, di empowerment delle capacità relazionali.

Sportello di Ascolto: supporto psicologico al personale dipendente ed ai Team.

L'Azienda da alcuni anni ha attivato uno specifico servizio di supporto psicologico al personale dipendente ed ai Team, presso il Servizio di Psicologia Ospedaliera, per tutte le problematiche afferenti o connesse al contesto lavorativo. L'accesso al servizio può avvenire in due modalità: con accesso diretto o tramite richiesta telematica effettuata presso lo "Sportello di Ascolto" in Intranet aziendale.

Indagine di Clima Organizzativo: partecipazione al Network regionale di Indagine di Clima.

Da molti anni l'Azienda partecipa, insieme alle altre Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere del Sistema Sanitario Regionale, all'indagine di clima organizzativo condotta dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

L'indagine ha la finalità di conoscere l'opinione dei dipendenti su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e con i propri superiori. I risultati dell'indagine diventano oggetto di analisi per la pianificazione di azioni e interventi mirati a migliorare il clima aziendale e a creare condizioni di benessere organizzativo.

Prevenzione del fenomeno "Grandi Dimissioni": Audit e Questionario Dimissioni Volontarie.

Con DGRV n. 960 del 13/08/2024 la Regione Veneto ha approvato il piano regionale di contrasto alla carenza di personale del S.S.R. Veneto. Tra i macro-fattori viene annoverato il fenomeno delle "Grandi Dimissioni" che implicano motivazioni connesse alla percezione individuale e soggettiva delle condizioni di lavoro. L'Azienda si è dotata, negli anni, di uno strumento operativo che consente al personale del comparto, che presenta domanda di dimissioni volontarie, non vincolate al pensionamento, di effettuare un colloquio strutturato a cura del Servizio delle Professioni Sanitarie. Per la Dirigenza è in corso di sperimentazione, dal 2024, un "Questionario di Dimissioni Volontarie" incluso tra le Azioni di Miglioramento del Clima Organizzativo, con l'ipotesi di inserirlo nell'istruttoria di gestione delle dimissioni stesse.

Tavolo Medicina di Genere

La medicina di genere risponde in definitiva al bisogno di una rivalutazione dell'approccio medico-scientifico in un'ottica di genere per migliorare non solo le conoscenze sui diversi aspetti alla base delle differenze, ma anche l'adequatezza dell'intervento sulla salute. L'approccio clinico che caratterizza la medicina di genere è, non solo interdisciplinare e trasversale, poiché riguarda ogni branca e specialità, ma soprattutto pluridimensionale.

L'Azienda con Deliberazione n.1545 del 04/08/2023 ha istituito il Tavolo Aziendale di Medicina di Genere *"per la diffusione della medicina di genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale in modo omogeneo sul territorio nazionale (Ministero della salute).*

Nel 2024 è stato realizzato un primo evento aziendale sul tema "Medicina di genere specifica: stato dell'arte e iniziative aziendali".

MONITORAGGIO

In questa sezione del documento sono illustrate le modalità con cui l'Azienda intende effettuare il monitoraggio degli obiettivi e delle misure elencate del presente Piano.

Il monitoraggio è trasversale per alcuni obiettivi di cui si darà conto nel prosieguo del documento. In linea con le indicazioni in tema di predisposizione del PIAO, è obiettivo dell'Azienda addivenire progressivamente ad un sistema il più possibile integrato di monitoraggio di tutto il sistema del Piano.

MONITORAGGIO PERFORMANCE

Per quanto riguarda gli obiettivi di performance l'Azienda ha sviluppato un sistema di misurazione che consente il monitoraggio periodico e la rendicontazione della performance su tre livelli:

- livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi degli obiettivi operativi indicati in questo documento (performance aziendale), con particolare attenzione agli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto alle Aziende Sanitarie;
- livello di singola Unità Operativa, Complesse e Semplici Dipartimentali, individuate come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa);
- livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

Il monitoraggio della performance organizzativa utilizza una serie di strumenti elaborati dal controllo di Gestione e messi a disposizione dei responsabili dei Unità Operativa e relativi delegati in una piattaforma aziendale accessibile dall'intranet aziendale.

Gli strumenti di monitoraggio sono:

- report Qlik budget: riporta l'andamento degli indicatori presenti nella scheda di budget e, per gli indicatori pesati, il peso ottenuto nel corso dell'anno;
- report Qlik di dettaglio: riportano i dati relativi a un ambito specifico (ricoveri da flusso SDO, prestazioni ambulatoriali da flusso SPS, prestazioni di pronto soccorso, consumi di beni sanitari, ricoveri in hospice, registro operatorio ecc).

Dal 2024 è a disposizione dei Direttori di Distretto e dei Coordinatori delle Cure Primarie anche il Qlik per l'analisi delle prescrizioni specialistiche (Qlik prescritto SOGEI) al fine di analizzare l'andamento della domanda e i tassi di prescrizione degli MMG-PLS.

Il sistema di monitoraggio degli obiettivi contenuti nelle schede di budget utilizza prevalentemente i dati presenti nel sistema informativo aziendale ma anche dati raccolti direttamente dalle Unità Operative se non presenti nel sistema informativo.

MONITORAGGIO E RIESAME DELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

MONITORAGGIO

Processi e attività oggetto del monitoraggio

L'attività di monitoraggio e riesame prevede un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento per ogni processo mappato. A seguito dell'implementazione dei piani di contenimento e delle azioni di miglioramento, infatti, non solo si devono misurare e valutare di nuovo i rischi gestiti, ma si deve soprattutto monitorare l'efficacia delle misure.

In accordo con il PNA 2019 e in continuità con i precedenti, il RPTC deve tenere conto dei risultati della rendicontazione e della relazione, analizzando le cause che hanno portato ad avere scostamenti rispetto ai risultati attesi, individuando e programmando misure correttive, obbligatorie o ulteriori, in coordinamento con i dirigenti ed i referenti del RPTC, tra cui gli *owner* dei processi a medio ed alto rischio di corruzione individuati. Il livello di attuazione delle misure previste nella Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO

2024-2026 è stato superiore all'80%. Alcune attività pianificate per il 2024 sono ancora in corso e verranno ultimate nel 2025. Trattandosi di un piano triennale a scorrimento, gli obiettivi non raggiunti nel 2024 verranno perseguiti nel triennio 2025 - 2027.

Per lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione si rimanda quindi alla rendicontazione sulla Sezione rischi corruttivi e trasparenza effettuata attraverso la relazione per il riesame, la relazione ANAC, che il RPCT pubblica sul sito internet aziendale e trasmette annualmente alla Direzione aziendale e all'OIV, nonché alla relazione sul monitoraggio finale relativo all'attuazione delle misure di trattamento che il RPCT presenta ai vari referenti e *owner* dei processi. La rendicontazione è comunque sintetizzata anche all'interno del presente documento, atteso che nell'attività di programmazione bisogna tener conto dei risultati della rendicontazione.

Periodicità e modalità di svolgimento delle verifiche

Un primo monitoraggio (monitoraggio di primo livello) viene costantemente condotto dai direttori/responsabili di unità operativa, *owner* dei processi, fornendo evidenze concrete dell'adozione delle varie misure, come richiesto nella relazione annuale al RPCT.

I referenti individuati per le misure generali, gli *owner* dei singoli processi e i referenti responsabili delle pubblicazioni in "Amministrazione trasparente", presentano al RPCT entro il 30 novembre di ogni anno una relazione:

- sulle attività poste in essere in merito all'attuazione effettiva delle misure di trattamento;
- su qualsiasi anomalia accertata, costituente la mancata attuazione del presente Piano, specificando le azioni eventualmente adottate per eliminarle oppure proponendo al Responsabile della prevenzione della corruzione azioni di correzione e monitoraggio continuo.

Tale monitoraggio è stato previsto come obiettivo di budget 2025 per tutte le unità operative interessate.

Gli stessi sono altresì tenuti a dar conto, all'interno della relazione, dell'indice di rischio corruttivo emerso dall'autovalutazione dei propri processi, da effettuare mediante specifico *format* trasmesso dall'Ufficio *Internal audit*.

È comunque altresì prevista una consultazione intermedia, al termine del primo semestre, volta a raccogliere eventuali segnalazioni particolari in merito all'andamento del percorso.

A tal fine, ogni referente del RPCT e *owner* del processo dovrà fornire una relazione eventuale, al termine del primo semestre, in caso di modifiche o scostamenti rispetto a quanto programmato, in modo che il RPCT possa eventualmente intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.

Tuttavia, nel PNA 2019 si sottolinea come - per i processi a più alto rischio corruttivo - il monitoraggio di primo livello non è da ritenersi sufficiente e dovrà pertanto essere attuato, a campione, un monitoraggio di secondo livello da parte del RPCT. Tale monitoraggio consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio corruttivo previste nel Piano da parte delle singole unità operative, nonché la loro idoneità a ridurre il rischio corruttivo, secondo il principio della effettività.

Quanto programmato potrà subire delle variazioni in considerazione dell'eventuale necessità di aggiungere attività non pianificate che si dovessero rendere necessarie a seguito di segnalazioni da parte degli *owner* dei processi o da parte di altri soggetti, eventualmente anche attraverso il canale dei *whistleblowing*.

Una delle attività avviate già nel 2019 è il sistema di audit integrato, svolto dalla UOSD Sistemi di gestione della qualità aziendale, in cui si è applicata una *check list* per valutare la rispondenza a quesiti relativi a qualità, sicurezza paziente, sicurezza operatore, infezioni correlate all'assistenza, anticorruzione e *Internal Auditing*. Attraverso tale monitoraggio, viene in particolare valutato lo stato di conoscenza della strategia aziendale in tema di anticorruzione da parte del personale dipendente.

A causa dell'impegno profuso dalla UOSD Gestione dei sistemi di qualità, nel corso del 2024, l'attività realizzata nel corso dell'anno ha portato all'effettuazione di 64 audit integrati. Gli audit sono stati realizzati secondo le modalità definite dalla procedura aziendale "CdR AF4211 - Preparazione e conduzione degli audit organizzativo-gestionali", utilizzando la *check list* "allegato 4b *check list* audit qualità – sicurezza sul lavoro – sicurezza paziente – infezioni correlate all'assistenza - prevenzione della corruzione - *Internal Audit*". I valutatori sono stati selezionati dall'elenco aziendale della citata procedura. La UOSD Sistemi di gestione della qualità ha trasmesso al RPCT l'esito, perlopiù positivo, degli audit relativi all'anticorruzione, per cui si è reso

comunque necessario un intervento informativo. L'attività di *audit* integrato proseguirà anche nel corso del 2025, la cui pianificazione - in corso di perfezionamento - verrà condivisa con il RPCT.

Il monitoraggio dell'attuazione delle misure generali, previste nell'allegato 2, avviene mediante il raggiungimento di precisi indicatori (*output* di risultato), che consentono di valutare agevolmente il relativo raggiungimento, oppure attraverso specifici monitoraggi. In particolare, il monitoraggio degli obiettivi relativi alla formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione viene effettuata dalla UOSD Formazione mediante l'applicativo aziendale TOM, mentre quello relativo all'adempimento degli obblighi di pubblicazione avviene in sinergia con i referenti dell'RPCT.

Nel corso del 2024 inoltre è proseguita l'attività di verifica a campione da parte dell'Ufficio trasparenza e anticorruzione, al fine di effettuare un monitoraggio diretto su alcuni ambiti specifici, come per esempio sulla raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai consulenti ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001 effettuate dai diversi servizi sul portale PERLAPA, nonché sulla raccolta delle dichiarazioni ex art. 35-bis del D.Lgs. n. 165/2001.

L'Ufficio, sulla base dell'esperienza maturata in questi ultimi anni, ha provveduto ad approvare una specifica procedura denominata "Verifiche a campione delle misure di prevenzione della corruzione", al fine di definire compiutamente ed in maniera trasparente parte delle attività di monitoraggio effettuate direttamente dall'Ufficio sull'applicazione di alcune misure di prevenzione della corruzione da parte degli uffici interessati.

Nel corso del 2024 si è continuato ad integrare le verifiche di competenza del RPCT con altre attività di monitoraggio già presenti in Azienda in base alla normativa vigente: in particolare, atteso che l'Ufficio *Internal audit* ha anche il compito di vagliare i verbali delle verifiche compiute mensilmente dal Collegio sindacale, è stato concordato che tale Ufficio comunichi al RPCT eventuali difformità di interesse che siano state riscontrate dal Collegio. Nel corso dell'anno non è stata comunicata alcuna difformità. Tale integrazione proseguirà anche nel 2025.

Infine, in ottemperanza a quanto previsto dall'allegato O della DGRV n. 2174/2016, dal Decreto della Regione del Veneto n. 93 del 10.09.2021 e dalla Delibera del Direttore Generale n. 1837 del 28.09.2022, l'RPCT ha provveduto, con nota prot. n. 59130 del 28.3.2024, acquisite le relazioni di competenza della UOS Attività Specialistiche, dell'Ufficio relazioni con il pubblico e della CUP Manager, a trasmettere al Coordinatore del Nucleo aziendale di controllo, per il seguito di competenza, la dichiarazione sul buon funzionamento di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'allegato A della DGR 863/2011, attestando il rispetto di tutte le fasi del processo di prenotazione richieste dalla normativa in essere.

RIESAME

L'attività di riesame consiste nel valutare il funzionamento del sistema di prevenzione della corruzione nel suo complesso, anche allo scopo di considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione e ad indurre a modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati.

Il riesame è un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione, affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi, secondo il principio del "miglioramento progressivo e continuo".

Il riesame riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio, al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Nel 2024 il riesame è stato effettuato dal RPCT trasmettendo alla Direzione strategica, la nota prot. n. 234728 del 23.12.2024, una specifica relazione sull'attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023 – 2025, al fine di consentire ai Direttori di segnalare eventuali criticità riscontrate nella strategia di prevenzione della corruzione posta in essere nel corso dell'anno, e di suggerire eventuali misure di prevenzione più adeguate e sostenibili in vista dell'aggiornamento del PIAO.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Monitoraggio sull'attuazione della sezione rischi corrottivi e trasparenza	Rendicontazione dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio primo livello)	Relazione al RPCT	Sì	Sì	Owner dei processi interessati
	Verifica dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio secondo livello)	Report verifiche (a campione, audit integrati, etc ...)	Sì	Sì	RPCT; Ufficio trasparenza e anticorruzione

MONITORAGGIO DEL PIAO

Come previsto dalla normativa che disciplina il PIAO e come indicato anche dal PNA 2022 l'Amministrazione dovrà procedere altresì ad un monitoraggio integrato per verificare l'idoneità del PIAO ad attuare veramente una costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, arrivando progressivamente a eliminare tutto ciò che non è strettamente indispensabile e utile verso l'esterno, cioè per rendere migliore il servizio per i cittadini.

Tale attività è stata realizzata in fase di predisposizione del PIAO 2024 – 2026, attraverso un confronto tra i Servizi coinvolti nella redazione del documento e la Direzione aziendale, all'esito della quale si è provveduto ad una ulteriore semplificazione del documento e si è proseguito nell'integrazione, anche funzionale, tra le diverse attività e iniziative finalizzate al raggiungimento del valore pubblico.

ELENCO DEGLI ALLEGATI

Allegato 1 - Mappatura dei processi e registri dei rischi

Allegato 2 - Rischi corruttivi e trasparenza - Obiettivi e indicatori

Allegato 3 - Obblighi di pubblicazione

Allegato 4 - Piano dei fabbisogni